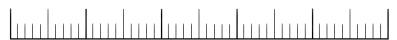
PARIS MÉDICAL

CII





PARIS MÉDICAL

PARIS MÉDICAL parait tous les samedis (depuis le 1er décembre 1910). Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

Paris, France et Colonies : 50 francs (frais de poste actuels inclus). En cas d'augmentation des frais de poste, cette augmentation sera réclamée aux abonnés.

Belgique et Luxembourg (frais de poste compris) : **75 francs français.**

TARIF n° 1. — Pays accordant à la France un tarif postal réduit : Albanie, Allemagne, Argentine, Autriche, Brésil, Bulgarie, Canada, Chili, Colombie, Costa-Rica, Cuba, Dominicaine (Rép.), Égypte, Équateur, Espagne, Esthonie, Éthiopie, Finlande, Grèce, Guatémala, Haïti, Hedjaz, Hollande, Honduras, Hongrie, Lettonie, Libéria, Lithuanie, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, San Salvador, Serbie, Siam, Suisse, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, U. R. S. S., Uruguay, Vatican (États du), Vénézuéla :

95 francs français ou l'équivalent **en dollars**, en **livres sterling** ou en **francs suisses.**

TARIF n° 2. — Pays n'accordant à la France aucune réduction sur les tarifs postaux: Tous les pays autres que ceux mentionnés pour le tarif n° 1 : **120 francs français** ou l'équivalent **en dollars**, en **livres sterling** ou en **francs suisses**

Adresser le montant des abonnements à la **librairie J.-B. BAILLIÈRE et FILS, 19, rue Hautefeuille, à Paris.** On peut s'abonner chez tous les libraires et à tous les bureaux de poste.

Le premier numéro de chaque mois, consacré à une branche de la médecine (Prix : 3 fr.).

Le troisième numéro de chaque mois, consacré à une branche de la médecine (Prix : 2 fr. 50).

Tous les autres numéros (Prix : 75 cent. le numéro. Franco : 90 cent.).

ORDRE DE PUBLICATION DES NUMÉROS SPÉCIAUX POUR 1937.

2 Janvier.... — Tuberculose (direction de P. LEREBOULLET).

16 Janvier.... — Dermatologie (direction de MILIAN).

6 Février ... — Radiologie (direction de DOGNON).

20 Février ... — Maladies de l'appareil respiratoire (direction de JEAN LEREBOULLET).

6 Mars ..... — Syphiligraphie (direction de MILIAN).

20 Mars ... . — Cancer (direction de LAVEDAN).

3 Avril...... — Gastro-entérologie (direction de CARNOT).

17 Avril...... — Eaux minérales, climatologie, physiothérapie (direction de RATHERY).

1er Mai ...... — Maladies du cœur et des vaisseaux (direction de HARVIER).

15 Mai ...... — Maladies du foie et du pancréas (direction de CARNOT).

5 Juin....... — Maladies infectieuses (direction de DOPTER).

19 Juin....... — Pathologie ostéo-articulaire et chirurgie infantile (direction de MOUCHET).

3 Juillet..... — Maladies de la nutrition, endocrinologie (direction de RATHERY)

17 Juillet..... — Techniques de laboratoire (direction de CARNOT).

4 Septembre. — Ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, stomatologie (direction de GRÉGOIRE).

18 Septembre. — Maladies du sang (direction de HARVIER).

2 Octobre ... — Maladies nerveuses (direction de BAUDOUIN).

16 Octobre ... — Maladies des voies urinaires (direction de GRÉGOIRE et RATHERY).

6 Novembre . — Maladies des enfants (direction de P. LEREBOULLET).

20 Novembre . — Médecine sociale (direction de BALTHAZARD).

4 Décembre.. — Thérapeutique (direction de HARVIER).

18 Décembre . — Gynécologie et obstétrique (direction de SCHWARTZ).

Il nous reste encore quelques années de **1911 à 1936** au prix de **60** francs chaque (**15 %** en sus pour le port.)

Imprimerie CRÉTÉ. — CORBEIL.

TABLE ALPHABÉTIQUE

(Partie Paramédicale et Suppléments, tome CII)

Juillet 1936 à Décembre 1936

PARIS MÉDICAL

LA SEMAINE DU CLINICIEN

Fondé par A. GILBERT

DIRECTEUR :

Professeur Paul CARNOT

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.
MÉDECIN DE L'HOTEL-DIEU, MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.



CII

Partie Paramédicale

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, EDITEURS

19, RUE HAUTEFEUILLE, PARIS

1936

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

RESPONSABILITÉ DU MÉDECIN POUR LES INFIRMIERS ET LES INFIRMIÈRES

Par E.-H. PERREAU
Professeur de Législation industrielle à la Faculté de Droit de Toulouse.

Infirmiers et infirmières appartiennent à la catégorie générale des auxiliaires médicaux, dont la situation juridique varie sensiblement selon les circonstances. D'après celle-ci variera de même la responsabilité du médecin sous la direction duquel ils agissent.

Deux grandes séries de cas doivent être distingués ; car, tantôt ils sont attachés à l'établissement de cure et tantôt à la personne du malade. D'ailleurs, parmi les établissements de cure, il en est de deux espèces principales : les uns étant des organismes tout administratifs, tandis que d'autres sont instituts purement privés. Or, on sait que le statut des agents, même les plus modestes, des services publics, diffère essentiellement des contrats de droit civil qui régissent les établissements privés.

Quand on recherche la mesure où les médecins répondent du dommage causé par les fautes des infirmiers et infirmières, on voit donc apparaître des distinctions et des nuances.

§ 1er. — Infirmières attachées à un établissement.

Supposons d'abord qu'infirmiers ou infirmières soient attachés à un établissement de cure (hospice, hôpital, asile, sanatorium, dispensaire, etc.), et ce que nous dirons d'un tel organisme nous le répéterons des établissements de prévention. La situation du personnel variera selon que l'institution est publique ou privée.

1° Plaçons-nous en présence d'un hôpital public. Que l'on doive ou non reconnaître à leurs infirmières la qualité de fonctionnaires publics proprement dits, ce sont des agents d'un service public nommés par la Commission administrative hospitalière (loi 7, 13 août 1851, art. 14, § 1er).

Sans doute le médecin-chef de l'hôpital a la direction de tout le personnel médical de la maison ; sans doute chaque médecin traitant dirige les infirmières dans leur tâche, essentiellement subalterne, auprès des malades. Mais ni l'un ni l'autre n'est le commettant responsable et les infirmières ne sont pas leurs préposées dans les termes de l'article 1384 C. civ.

En effet, la caractéristique légale du commettant est double ; car il faut que d'une part il choisisse et qu'en outre il dirige la personne qualifiée préposé. (Fuzier-Herman, *Répertoire de Jurisprudence*, n° 566 *bis*, etc.) Or, tel n'est le cas ni du médecin-chef, ni du médecin traitant vis-à-vis des infirmières, qu'il ne nomme pas à leur emploi. A la vérité, dans les petits hôpitaux, les infirmières sont, la plupart du temps, choisies en fait par le médecin-chef, qui propose leur nomination à la Commission hospitalière ; et, d'autre part, dans tous les hôpitaux, il est souvent nécessaire d'affecter telle infirmière plutôt que les autres à tel grand malade ou blessé, et le médecin décidera de cette affectation dans la mesure où le règlement intérieur lui en donne la latitude. Mais ces désignations officieuses ne peuvent pas avoir, surtout dans le fonctionnement d'un service public, toute l'importance d'une nomination à tel emploi faite par l'autorité dirigeante de l'ensemble du service.

Aussi la jurisprudence française et la jurisprudence belge — appliquant une législation analogue à la nôtre, — décident-elles que l'infirmière d'un hôpital public n'est pas la préposée du médecin de celui-ci et que ce médecin n'en répond pas à titre de commettant (Trib. Seine, 14 mars 1933, *Gaz. trib.*, 1933, II, 2, p. 91 ; Bruxelles, 12 juil. 1929, *Belgique judiciaire*, 1930, col. 18 ; cf. les observations du professeur Dunogue, *Rev. trimestr. Droit civil*, 1933, p. 1183 et des professeurs Graulich et Lalause, *Ibid.*, 1931, p. 696 et s.).

Est-ce à dire que la responsabilité d'un médecin d'hôpital ne sera jamais engagée par les fautes des infirmières agissant sous ses ordres ? N'exagérons rien par des affirmations trop absolues. Il se peut que la faute d'une infirmière se cumule avec celle d'un médecin et la responsabilité de celui-ci ne sera pas effacée parce que le dommage s'est produit par l'entremise d'autrui. Devant connaître les aptitudes du personnel sous ses ordres, le médecin ne doit pas lui confier une tâche supérieure à ses moyens ; et s'il a des raisons de craindre que la vigilance ou l'habilité de telle infirmière ne suffisent pas auprès de tel malade, il ne doit pas les perdre de vue, pour rectifier les agissements de l'une d'après les besoins de l'autre.

Bien entendu, il est exempt de toute faute quand l'instruction et l'expérience de l'infirmière devaient légitimement lui inspirer toute confiance et quand un hasard absolument imprévu et imprévisible a seul été la cause d'une complication (Trib. Seine 14 mars 1933, précité).

2° Dans les instituts médicaux privés les infirmières sont unies à la direction par un véritable contrat de louage de services ordinaires, créant entre elles des baux de commettant à préposées. La direction répond alors de toute faute commise dans sa tâche par une de ses infirmières.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

Quand l'établissement appartient à un médecin, il sera le commettant de son personnel et comme tel répondra de ses fautes dans les soins des malades (V. E. THILO, *Rev. trim. droit civil,* 1932, p. 1201).

Selon qu'on envisagera ou non comme des fonctionnaires publics les infirmiers ou infirmières des hôpitaux publics, la responsabilité de leur Commission administrative pour fautes de ce personnel s'appréciera ou non d'après les préceptes du droit public (cf. *Rev. trim. droit civil,* 1933, p. 1183). En revanche, dans les instituts médicaux privés, la responsabilité de la direction s'appréciera toujours d'après les dispositions du Code civil (art. 1384).

§ 2. — **Infirmières attachées à la personne du malade.**

Même quand les infirmières ne sont pas exclusivement choisies, voire désignées d'avance par le malade et quand celui-ci consulte son médecin sur leur choix, lui demandant au besoin de lui en procurer une, d'après les usages le médecin se borne à de simples renseignements, dont le malade fait ce qu'il veut, et ne les lui impose pas ainsi qu'il impose d'intimes collaborateurs comme ses aides dans une opération chirurgicale. Les infirmières gardent en effet un rôle, non seulement subordonné, mais essentiellement modeste et subalterne. En outre, tandis que les médecins ou chirurgiens et leurs aides paraissent uniquement à l'heure des visites ou des opérations, les infirmières restent à demeure auprès du malade et participent toujours plus ou moins à sa vie de famille. Ces habitudes sont tellement imposées par la force des choses et tellement entrées dans les mœurs que, malgré leur ordinaire sévérité, les règles des Ordres religieux soignant à domicile donnent toutes autorisations de ce genre aux religieuses gardes-malades.

Dans ces conditions, les indications données par le médecin traitant à son client pour choisir une infirmière demeurent purement officieuses, le malade seul gardant ici le droit de décision.

L'infirmière ou garde-malade n'est admise définitivement auprès du client que par la volonté du malade. Certes, le médecin traitant lui donnera, et il est indispensable qu'il lui donne, toutes indications nécessaires au soin du malade, comme il la donne à toute personne de son entourage, membres de sa famille ou domestique. Cette direction qui, d'ailleurs, s'exerce uniquement par intervalles et ne peut pas être constante, ne suffit pas à en faire un commettant, le lien de commettant à préposé comportant à la fois, comme nous le disions au début, le choix et la direction du second par le premier.

Le médecin ne répond donc pas, à titre de commettant, des fautes commises dans sa tâche par l'infirmière de son client, l'aurait-il procurée à celui-ci sur sa demande (Trib. Abbeville, 24 oct. 1935, *Gaz. Pal.*, 1936-1-76 et *Rev. trimestr. droit civil,* 1936, p. 177).

Ici encore ne nous hâtons pas de conclure que la responsabilité du médecin demeure toujours à couvert, en cas de faute commise par une infirmière. Cette faute peut, en effet, ou accompagner ou suivre une autre, personnelle au médecin. S'il présente à un grand malade, comme très compétente, une infirmière qu'il sait négligente ou peu instruite, ou même sur laquelle il ne possède aucune indication sérieuse, il répond du dommage pouvant résulter de cette imprudence ou négligence. Quand il néglige de donner à la garde-malade les précisions nécessaires à l'exécution d'un traitement difficile ou nouveau, ou n'en surveille pas les effets sur le malade, il commet une faute personnelle engageant sa responsabilité.

Mais est exempt de toute faute le médecin qui, prescrivant un traitement nécessaire au malade, lui adresse, à sa demande, une infirmière diplômée en lui confiant le soin de faire des injections sous-cutanées, ou intramusculaires, comme il est d'usage même dans les services non spécialisés, surtout quand l'éloignement du médecin (15 kilomètres) conseille d'éviter au client des frais inutiles. On ne peut reprocher au médecin de n'avoir pas très spécialement insisté sur le caractère vénéneux du produit injecté, quand les connaissances et l'expérience de l'infirmière ne pouvaient laisser ignorer à celle-ci le danger des piqûres prescrites (même jugement).



VARIÉTÉS

LA PSYCHANALYSE ET MARCEL PROUST

Par Marc SEMENOFF

Lorsqu'un psychanalyste, suivant la voie frayée par un observateur comme Freud et approfondie par un Jung, traite un malade atteint de quelque névrose légère ou plus grave, de psychose, de schizophrénie ou de telle autre affection touchant son plan nerveux ou même mental, il fait plus que prendre le « monocle » du général de Froberville ou celui du romancier mondain, les deux personnages connus de *Du côté de chez Swann*. Chez eux, en effet, comme le dit Marcel Proust : « le monocle représente le seul organe d'investigation psychologique et d'impitoyable analyse ». Et le médecin ne pourrait se contenter de répondre d'un air important et mystérieux à un M. de Bréauté lui demandant : « Qu'est-ce que vous pouvez bien faire ici ? — J'observe. » Il est beaucoup de manières d'observer, depuis la plus superficielle effleurant les épidermes jusqu'à celle qui découvre les complexités. Pour arracher au patient, sans qu'il s'en doute, la confession qui soulagera et, peut-être, délivrera définitivement son « inconscient » de tous les secrets qui l'encombrent, de tous ces refoulements accumulés depuis des années, voire dès l'enfance, autrement dit pour « analyser » le malade, le psychanalyste doit savoir le « pénétrer ». Nécessité de la psychologie, dans l'acception la plus large de ce terme, par quoi elle se classe comme science des âmes d'un être. Le psychanalyste, devant son analysé, est un peu comme le romancier en présence de son héros : il faut qu'il le connaisse assez pour qu'aucun de ses sentiments, de ses actions possibles, dans des conditions déterminées, ne lui échappe, ou pour en jouer parfaitement comme un violoniste de toutes les cordes de son instrument ; — nous demeurons, n'est-ce pas, dans le domaine des facultés relatives de l'interprète, du romancier ou du médecin.

Il existe donc une parenté entre la méthode d'action et la volonté du psychanalyste et celles d'un Marcel Proust, par exemple. Que nous avoue, de fait, l'auteur de *Du côté de chez Swann ?* « Quand je voyais un objet extérieur, la conscience que je le voyais restait entre moi et lui, le bordait d'un mince liséré spirituel qui m'empêchait de jamais toucher directement sa matière. Dans l'espèce d'écran diapré d'états différents que, tandis que je lisais, déployait simultanément ma conscience, ce qu'il y avait d'abord en moi de plus intime, la poignée sans cesse en mouvement qui gouvernait le reste, c'était ma croyance en la richesse philosophique, en la beauté du livre que je lisais. Après cette croyance centrale qui exécutait d'incessants mouvements du dedans au dehors vers la découverte de la vérité, venaient les émotions que me donnait l'action à laquelle je prenais part. C'étaient les événements qui survenaient dans le livre — il est vrai que les personnages qu'ils affectaient n'étaient pas « réels ». Mais tous les sentiments que nous font éprouver la joie ou l'infortune d'un personnage réel ne se produisent en nous que par l'intermédiaire d'une image de cette joie ou de cette infortune. »

Et Marcel Proust ajoute que l'ingéniosité du premier romancier fut de comprendre cette réalité psychologique : l'image représentant l'élément essentiel dans l'appareil de nos émotions, il y aurait perfectionnement décisif à supprimer les personnages réels. Une créature, quelle que soit la sympathie nous liant avec elle, pour une grande part est perçue par nos sens, c'est-à-dire nous reste opaque. « Qu'un malheur le frappe, ce n'est qu'en une petite partie de la notion totale que nous avons de lui que nous pourrons en être émus ; bien plus, ce n'est qu'en une partie de la notion totale qu'il a de soi qu'il pourra l'être lui-même. La trouvaille du romancier a été d'avoir l'idée de remplacer ces parties impénétrables à l'âme par une quantité égale de parties immatérielles, c'est-à-dire que notre âme peut s'assimiler. » Évidemment, la vérité des actes, des sentiments du personnage importe peu ensuite, car c'est en nous qu'ils se produisent. Le romancier nous a mis dans cet état où les émotions d'autrui deviennent nôtres, « décuplées » comme dans tous les états purement intérieurs.

Or, dans les maladies qui ressortissent à la psychanalyse, il y a déséquilibre intensifié dans ces états intérieurs. Et si Marcel Proust parle de suppression des personnages « réels », il est dans la grave affection d'un schizophrène, par exemple, perte complète de contact avec les réalités, « sorte de distraction permanente qui élève un mur entre le sujet et son ambiance ». C'est un véritable « roman » que le futur analysé se crée dans son esprit. Dans *la Graphologie scientifique* dirigée par le Dr Legrain, le Dr Edmond Stœrr étudie l'activité mentale qui, dans la schizophrénie, « se développe sur un plan inconnu de nous. Plus rien ne subsiste de la norme habituelle. Et le sommet de la soi-disant incohérence est atteint lorsque les malades parlent ou écrivent ». Et rien ne vaut, dans un traitement psychanalytique — méthode inventée par Jung — que l'observation de l'écriture et des dessins d'origine inconsciente durant le combat livré par le psychanalyste contre les causes engendrant le « maniérisme typographique » du schizophrène. C'est pourquoi un savant graphologue serait d'un se-

VARIÉTÉS *(Suite)*

cours précieux au médecin. Seul, il constaterait tout de suite l'amélioration réelle révélée par l'affaiblissement graduel du maniérisme et de la fantaisie imprévue chez le patient. (Mais je renvoie le lecteur curieux aux pages sur l'évolution de l'écriture au cours du traitement par la psychanalyse parues dans *la Graphologie scientifique.*) Il est évident que la « trouvaille » du psychanalyste, à l'instar de celle du romancier de Marcel Proust, sera de renoncer aux « parties impénétrables à l'âme », comprenant que le personnage jouant devant lui n'est pas « réel », et de leur substituer, en la découvrant, la « quantité égale de parties immatérielles » que l'âme de l'analysé a pu s'assimiler.

Le fait curieux est que Marcel Proust, psychanalyste de ses héros, ne procède pas suivant cette manière qu'il semble préconiser. La suracuité de son analyse ne lui permet pas de glisser hors d'un réalisme que l'on pourrait qualifier de psychochirurgical. N'est-ce point de la « psychochirurgie » quand, analyste au bistouri psychique si pénétrant, il décrit la première rencontre avec Gilberte, la fille d'un blond roux et ajoute : « Je ne savais pas, ni ne l'ai appris depuis, réduire en ses éléments objectifs une impression forte. Je la regardais, d'abord de ce regard qui n'est pas que le porte-parole des yeux, mais à la fenêtre duquel se penchent tous les sens, anxieux et pétrifiés, le regard qui voudrait toucher, capturer, emmener le corps qu'il regarde et l'âme avec lui. » Et lorsqu'à une autre page de *Du côté de chez Swann*, Marcel Proust remarque: « Car si on a la sensation d'être toujours entouré de son âme, ce n'est pas comme d'une prison immobile ; plutôt on est comme emporté avec elle dans un perpétuel élan pour la dépasser, pour atteindre à l'extérieur, entendant toujours autour de soi cette sonorité identique qui n'est pas écho du dehors mais retentissement d'une vibration interne. On cherche à retrouver dans les choses, devenues par là précieuses, le reflet que notre âme a projeté sur elles; parfois on convertit toutes les forces de cette âme en habileté, en splendeur pour agir sur des êtres dont nous sentons bien qu'ils sont situés en dehors de nous et que nous ne les atteindrons jamais. Enfin, en continuant à suivre du dedans au dehors les états simultanément juxtaposés dans une conscience et avant d'arriver jusqu'à l'horizon réel qui les enveloppait... »

Marcel Proust, contrairement à son romancier à trouvaille, ne renonce jamais aux parties soi-disant impénétrables à l'âme. La réalité « psychique » au dedans de l'homme comme au dehors de lui, dans un après-midi qui tombe morceau par morceau ou dans une petite forêt triangulaire qui veloute d'un vert sombre la pente d'une colline, doit être entièrement pénétrable à l'analyste, au psychochirurgien, ou, pour s'exprimer plus pertinemment, puisqu'il s'agit de Marcel Proust lui-même, au romancier vraiment psychologue. L'auteur de *A la recherche du temps perdu* est maître en méthode inductive. Il se situe à l'angle opposé de Dostoievsky. Tous deux frayent l' « Inconscient », le siège des « refoulements ». Mais en « voyant » le créateur des Raskolnikof et des Karamazof, en un coup de sonde, atteint à la synthèse — relative — de sa créature. Alors qu'en « chirurgien » patient, Proust dissèque, avec inspection minutieuse, les moindres faits particuliers dont aucun n'est insignifiant. Psychanalystes, ces deux écrivains auraient usé de modes tout différents pour pénétrer leurs patients, observer avec plus de sûreté — je transpose du domaine musical de Proust au terrain psychologique — « ce clavier incommensurable, encore presque tout entier inconnu, où seulement, çà et là, séparées par d'épaisses ténèbres inexplorées, quelques-unes des millions de touches de tendresse, de passion, de courage, de sérénité, qui le composent, chacune aussi différente des autres qu'un univers d'un autre univers, ont été découvertes par quelques grands artistes qui nous rendent le service, en éveillant en nous le correspondant du thème qu'ils ont trouvé, de nous montrer quelle richesse, quelle variété, cache à notre insu cette grande nuit impénétrée et décourageante de notre âme que nous prenons pour du vide et pour du néant. »

Ce service rendu par de puissants artistes — Marcel Proust appartient à leur famille — concerne aussi les psychanalystes. Qu'est-ce, en effet, qu'un « analysé » ? Un personnage dont le pied ne touche plus le réel, un être qui a pu s'assimiler une « quantité de parties immatérielles », une couche de degrés d'âmes malsaine, déséquilibrante et qu'il faut extirper, plus exactement dont il faut alléger l' « Inconscient ». Et même quelque chose de beaucoup plus simple que cela. Que de passants dans les rues, que de créatures libres en famille, cachent des drames intérieurs angoissants et auraient besoin d'une sérieuse « analyse », qui, un jour ou l'autre, subiront ce traitement. Montesquieu n'écrivait-il point, dans ses pages persanes, qu'en ouvrant si facilement leurs hospices d'aliénés à leurs prétendus fous, les hommes cherchent uniquement à s'assurer les uns les autres qu'ils ne sont pas fous eux-mêmes. En effet, il y a toujours quelque « folie » en l'homme, quelque inclinaison trop forte de l'un des côtés de la balance. Qui ne connaît Axel Munthe, ce médecin-auteur du *Livre de San Michele*, et son salon

VARIÉTÉS *(Suite)*

de consultation s'emplissant vite de malades, surtout de malades parmi lesquels le beau sexe dominait. Tous avaient un faible pour l'appendicite. L'appendicite, lisons-nous dans *le Livre de San Michele*, était alors très demandée par les gens du monde en quête d'une maladie. Toutes les dames nerveuses l'avaient dans la tête sinon dans l'abdomen, elles s'en trouvaient fort bien, ainsi que leurs conseillers médicaux. Un jour vint où l'appendicite agonisa. Et Axel Munthe nous apprend qu'alors la Faculté fut à la hauteur, qu'une nouvelle maladie fut lancée sur le marché : on frappa un mot nouveau, vraie monnaie d'or : Colite ! Ainsi le Dr Munthe put répondre à sa malade qui demandait :

— Qu'est-ce que j'ai ? Je puis tout supporter, j'ai déjà tant supporté, n'ayez pas peur. Je ne pleurerai plus.

— Colite !

— Colite ? C'est bien ce que j'avais toujours pensé ! Je suis sûre que vous êtes dans le vrai ! Colite ! Dites ! Qu'est-ce que c'est la colite ?

Et c'est ainsi de même que cette malade écrivait le lendemain à une amie :

« Figure-toi, ma chérie, que j'ai la colite ! Je suis si contente que tu m'aies recommandé ce Suédois. Tu as raison, il est très intelligent, bien qu'il n'en ait pas l'air... »

Mais il est des maladies et des médecins qu'on avoue, d'autres que l'on tait. Le nombre des psychanalysés augmente, parce qu'à notre époque, les nerfs et le cerveau se trouvent à une épreuve d'une violence telle que tous ne sont pas capables de la soutenir. Un analysé avouera très difficilement qu'il est « traité », non point peut-être tant par honte que par ignorance de la « réalité » de son cas. C'est au psychanalyste de la reconnaître pour lui, de saisir tandis que son malade parle, écrit, dessine le plus petit point, l'indice parfois à peine perceptible du souci rongeant, de l'obsession secrète sur quoi s'est construit tout l'édifice des refoulements. Combien un médecin psychanalyste doit être psychologue, le lecteur l'a déjà compris. Et nous pensons que la lecture des maîtres en psychologie, d'œuvres telles qu'*A la recherche du temps perdu*, peut servir d'enseignement à ces docteurs. Car la manière « psycho-chirurgicale » d'un Marcel Proust, par exemple, ressemble beaucoup à celle dont ils ont à user à l'égard de leurs patients. Swann le dit à Odette :

« Tu es une eau informe qui coule selon la pente qu'on lui offre, un poisson sans mémoire et sans réflexion qui, tant qu'il vivra dans son aquarium, se heurtera cent fois par jour contre le vitrage qu'il continuera à prendre pour de l'eau. »

Marcel Proust pénètre à fond son Odette. La « corrige »-t-il ? Je renvoie au roman le lecteur qui désire le savoir. Mais le psychanalyste reçoit des centaines d'Odettes. « Toutes cachent, au delà de ce que voit le médecin, quelque chose qu'ils invitent à venir prendre... et le devoir de conscience est si ardu que lui imposent ces impressions de forme, de parfum ou de couleur, — de tâcher d'apercevoir ce qui se cache derrière elles qu'il ne tarde à se chercher à lui-même des excuses qui lui permettent de se dérober à ces efforts et de lui épargner cette fatigue. »

Ce qui serait possible à un Marcel Proust et ce à quoi ce grand psychologue se refuse — échapper à son devoir de conscience — demeure interdit à un psychanalyste. Là encore, la persévérance dans un effort « proustien » doit être la règle d'un médecin qui prend à tâche de délivrer ses malades de toutes « les quantités de parties immatérielles » malsaines, déséquilibrantes qui encombrent, obsèdent, épuisent leur âme...

ART ET MÉDECINE

LE SALON DES TUILERIES 1936

Le *Salon des Tuileries* de 1936, comme tous les ans, comporte une remarquable section de sculpture ; par contre, la section de peinture semble s'être appauvrie de quelques-uns des jeunes les plus représentatifs, j'entends de cette phalange de fins coloristes qui se groupent autour de Maurice Brianchon et de Roland Oudot. Par surcroît, les maîtres de l'École moderne n'ont envoyé que des œuvres de petites dimensions, pleines de qualités, il est vrai, mais tout de même bien discrètes pour un Salon.

Une exposition rétrospective est consacrée à M. Edmond Aman-Jean, l'un des fondateurs et vice-présidents des *Tuileries*. Edmond Aman-Jean était avant tout un poète, et un poète dont le lyrisme sentimental s'exprimait par la couleur. Son œuvre est toute en nuances ; la fine sensibilité de l'artiste s'y révèle parfois avec ingénuité, et pour ainsi dire musicalement. Ses toiles sont avant tout des harmonies colorées. Autour de son *buste* par Paul Simon, qui n'est pas sans avoir une expression douloureuse, on remarquera *El Pelele*, souvenir de Goya, peint dans une gamme violacée chère à l'artiste, une *vue de Venise* avec ses gondoles romantiques, un *Arlequin* bien délicat et un *nu* charmant, la dernière œuvre du vieux maître.

Dans les salles du bas, dont cette année on peut faire le tour avec facilité, on trouvera parmi

ART ET MÉDECINE *(Suite)*

les œuvres dignes de retenir l'attention : de M. Émile Bouneau *le Spahi et l'enfant*, page haute en couleur, mais traitée à la façon d'une esquisse ; un ensemble de M. Jacques Wolf dont on retiendra surtout un sensible *bouquet de fleurs* ; de M. Corpus un *paysage à la meule*, vigoureusement exprimé ; de M. Paul Alex Deschmacker une très belle composition : *Femmes dans un paysage aux grands arbres morts* et des *torses plantureux* aux superbes carnations ; de M. Charles Blanc un double *portrait* au poste de T. S. F. enlevé prestement sur un fond vibrant et rouge ; de M. Robert Fontené un *paysage d'hiver* largement peint dans

M. Daniel Octobre un groupe de *femmes en déshabillé* dans lequel il joue habilement des jaunes ; M. Andrey-Prévost une *église sous la neige* un peu lourde.

Les *fleurs* et les *paysages* de M. Cavaillon sont toujours aussi sensibles, ceux de M. Tzanck sont nerveux le *Port de Villefranche* de M. Uzelac est enlevé avec fougue et facilité ; M. Chapin semble peiner davantage pour donner une tranche de vie quotidienne : *les Rempailleuses*, dont le vérisme est bien agressif ; les *paysages* de M. Nakache sont tristes, sévères et vrais ; les *fruits* de M. Paul Deltombe bénéficient de l'ardeur de ce beau coloriste ; on



Les arbres morts, par Paul Alex Deschmacker (fig. 1). (*Photo Marc Vaux.*)

une belle pâte ; de M. Inguimberty des *paysages tonkinois* d'une grande liberté d'expression qui fleurent l'esquisse ; de M. Le Molt des *fleurs* suavement évoquées ; de M. Marc Avoy des *portraits* dont celui de *la Révérende Mère Saint-Benoît* sur un fond verdâtre désagréable.

M. Max Band donne un *petit enfant au guignol* intelligemment harmonisé ; M. Abel Bertram un *paysage* habile ; M. Émile-Marcel David un *Boulevard Saint-Michel* agréablement taché et un *jardin* vibrant d'atmosphère ; Mme Adrienne Jouclard, avec la fougue qu'on lui connaît, un *bal champêtre* chaudement coloré ; M. Oguiss des *maisons pittoresques* dont une boutique bleue de crémier peinte avec sa truculence coutumière ;

admirera ses *raisins* et ses *pêches*, comme on aimera celles de M. Charles Jacquemot qui donne aussi un ensoleillé coin de *Marne à la Ferté-sous-Jouarre*. La petite *marine*, si simple, de M. Constant Le Breton retiendra les amis de la mer ; sa *femme à la robe verte*, dans son attitude pensive, est également un solide tableau ; M. Albert Gleizes, dont le cubisme évolue de plus en plus vers la décoration, permettra de rendre hommage à cette vieille connaissance de notre jeunesse ; le naturalisme de Georges Darel affirme sa *vitalité* dans un excellent tableau : *le Lapin écorché*, œuvre d'une sobriété émouvante.

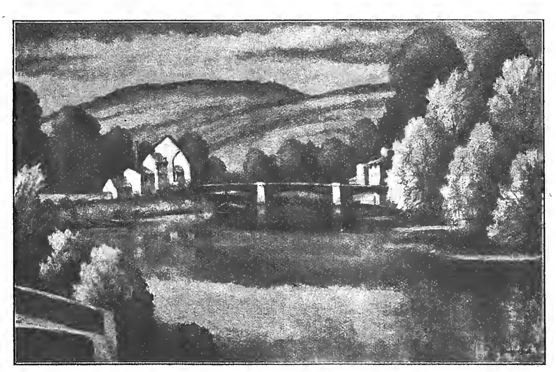
Avec M. Cavaillès nous retrouvons le jeune colorisme. Son *portrait de femme* devant la table

ART ET MÉDECINE *(Suite)*

au tapis vert est une œuvre éblouissante ; la *nature morte à la mandoline* de M. Roger Limouse est dans ce même colorisme une belle réussite. M. Jacques Villon n'oublie pas dans ses *paysages* aux tonalités impressionnistes qu'il fut un des tenants du cubisme. Son art n'est pas sans séduction, malgré sa rigueur.

Des *baigneuses* d'André Favory, la *Léda* de François Quelvée rappellent les qualités personnelles de ces deux artistes de talent ; celui de M. Christian Caillard s'affirme avec verdeur ; Mme Marthe Lebasque donne une bien jolie *nature morte au coquillage et aux fleurs* qu'elle intitule *Hommage à Verlaine*; la *Famille de Colombine* de M John Cox vaut par la sonorité de ses accords et par l'heureuse disposition de sa composition ; *l'Annonce de l'hiver* de M. Francis Gruber n'est pas sans intérêt malgré sa trivialité, mais son *Arrivée des antiques à Fontainebleau* est une composition intelligente.

A citer encore le *petit pompier* de M. Feder ; le souple *nu* de M. English ; l'*asile de fous* et la *cathédrale d'Orvieto* de M. Yves Brayer dont le talent se plie à toutes les exigences ; le sensible *portrait de femme* de Mme Hélène Marre ; les si subtiles *paysages* de M. René Durey, chantre des banlieues parisiennes dont il rend admirablement les atmosphères vaporeuses ; les *poires* de M. Hayden ; *l'Atelier* de M. Jean Marchand qui est un grand artiste qu'on néglige ; la *plage*, les *fruits*, mais surtout le *nu à l'éventail rose* et le petit *nu* de M. Lebasque dont la chair nacrée s'harmonise si heureusement dans la pénombre d'un intérieur avec le paysage verdoyant que laisse apparaître une porte ouverte. Voici enfin M. Léopold Lévy, dont la simplicité vaut la hardiesse, avec sa *femme au canapé vert* ; M. Othon Friesz avec des *fleurs jaunes au coquillage* traitées avec sa fougue généreuse et une *composition de baigneuses* largement enlevée ; M. Céria, discret et savoureux, avec un *nu* tendrement modelé ; M. Kayser avec une sobre *nature morte*, peut-être trop discrète de tonalités ; M. Henry de Waroquier et sa si expressive *tête d'esclave*, suant à la fois douleur et résignation, et ses paysages vigoureux de *Grignan* baignés d'une magnifique lumière.

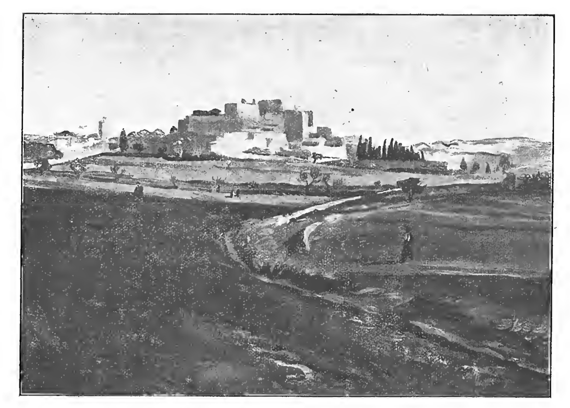


La Marne à la Ferté-sous-Jouarre, par Charles Jacquemot (fig. 2). *(Photo Marc Vaux.)*

Au premier étage, on trouvera dispersées les expositions rétrospectives d'Aman-Jean, de Lucie Caradek et de Ryback. Lucie Caradek fut une artiste extrêmement sensible dont l'art s'épanouit surtout dans des *portraits de bébés*. Ryback maniait la couleur avec énergie. Ses toiles sont des sortes de fanfares colorées où mugissent les cuivres. Un dynamisme intense sourd de ses compositions orientales et de ses études de chevaux.

Henry Valensi représente le *musicalisme* avec une *symphonie jaune* en forme d'éventail ; Henriette Pillon expose un *portrait de liseuse* assez largement peint ; Lily Steiner, avec brio, a peint une *plage d'enfants* ; Andrée Joubert ne donne

ART ET MÉDECINE *(Suite)*



Grignan, par Henry de Waroquier (fig. 3). *(Photo X.)*



L'arrivée des antiques à Fontainebleau, par Francis Gruber (fig. 4). *(Photo Marc Vaux.)*

ART ET MÉDECINE *(Suite)*

que des dessins, mais ils sont de choix ; Georgette Nivert modèle joliment le *nu*, mais ne nous fera pas oublier Vera Rockline.

De Georges Duval une bonne *nature morte aux poires* est à signaler, comme sont à retenir les grands cartons décoratifs de Karkowski ; le *nu* délicat de X. Prinet et sa claire *marine* ; le *nu aux jalousies* de Henri Morisset ; les toiles bretonnes de Chenard-Huché ; la *femme plumant un coq* de Gabriel Venet, page réaliste bien étudiée ; les *paysages* de Seevagen et la *nature morte aux sardines* d'Albert Huyot. Aussi le féerique *soleil couchant* de Henri Duhem et les *bords de Sarthe*, si bien rendus, de Paul-Émile Pissarro.

Des poteries de Decœur, des vases de Sèvres décorés par Jeanne Lévy, des vases de Francis Bichoff sont également à retenir.

Au deuxième étage, un ciel taché d'avions rappelle le talent de Mme Louise Pascalis ; une bonne *nature morte au jambon*, d'un métier sobre, celui de Lancelot Ney ; des *nus* aux reflets de satin, soulignent la maîtrise de Gluckman ; des *femmes au marché*, le talent personnel de Julie Mézérova ; des *ports*, celui de Parturier et des *coins de forêt*, le réalisme de Jehan Berjonneau. A noter aussi les *yachts* de Nivoulès ; les harmonieuses *fleurs* de Camille Ferré, le sensible *nu* de Marcelle Papillaud, les *roulottes* si péniblement réalistes de Louise Sourdy, les *chambres d'hôtel* d'Ortéga, d'un esprit réaliste voisin ; *les vues de Prague*, largement dessinées, d'Ondine Magnard ; le *bébé* de Gilberte Flandin ; le frais *sous-bois* de M. A. Camax Zoegger. Encore quelques gravures : celles de Chopard qui ont de la puissance ; celles de Beaufrère dont les blondeurs sont savoureuses ; celles de Guastalla, toujours un peu sèches, et enfin celles de Jean Derville dont l'esprit est caricatural. De beaux dessins de Jean de Botton.

Il conviendrait de souligner tout particulièrement les mérites personnels des sculpteurs. Qu'il nous suffise de redire que la section de sculpture des Tuileries est la meilleure de toutes les sections de Salon. On y trouvera la gracieuse *jeune fille assise* de Guénot, l'*Eve avant la faute* de Louis Dejean, qui apparaît un peu lourde, le *torse de femme* solidement sculpté de Drivier, les excellents *bustes* de Charles Despiau, Henry Arnold, Léon Droucker, J.-J. Martel, Jan Vlach, Janniot, Wlérick, le *portrait de Philippe Chabaneix* de Marcel Gimond, celui de *Venizelos* d'Anartis, la *jeune fille accroupie* de Yencesse, la gracieuse *femme debout* de Raimond Sabouraud, celle d'Antoinette Champetier de Ribes, l'*Ange* de Georges Saupique, le *pingouin* de Mateo Hernandez, la *guenon* de Lemar, et l'*Harmonie* de Real Pedretti, d'un joli style décoratif.

A signaler encore le *médaillon de la comtesse de Noailles* par Carl Longuet et le vivant *torse de femme* de Pryas.

La médecine, dans ce Salon, n'a qu'une bien faible place. Je m'excuse donc auprès de mes lecteurs de ne pouvoir attirer leur attention sur un nombre considérable d'œuvres, mais pendant la lecture de ce compte-rendu, forcément succinct, ils auront, j'en suis sûr, relevé, parmi les exposants cités, les noms de quelques personnes qui touchent de très près le monde médical et celui d'un de nos plus distingués chirurgiens.

GEORGES TURPIN.

VARIÉTÉS

LES HONORAIRES DES MÉDECINS AU BON VIEUX TEMPS

Entretenir nos jeunes étudiants du coût de la vie au temps passé et — j'entends par là — des dépenses qu'il était normal de faire « mensuellement » dépasse leur entendement. Que de milliers de jeunes gens ont vécu avec la somme de cent francs par mois et moins encore ! Il est juste de dire que ceci représentait de cinq à six cents francs de notre monnaie dévalorisée.

Ainsi, les honoraires qui attendaient le futur praticien étaient-ils modestes et à parité. Je sais un village du Quercy où, en 1876, un médecin accoucheur, omnipraticien certainement, prélevait douze francs pour une application de forceps, et encore mon aïeul suscita-t-il quelques réclamations, car quelques années auparavant cette même intervention était tarifiée à dix francs !

Nous possédons, en même temps que les cours dictés par MM. Boyer et Dupuytren à l'Hôtel-Dieu de Paris, les livres de comptes de notre ascendant, et la lecture et des uns et des autres est fort instructive, naturellement à titres divers...

***

Les archives de nos fonds provinciaux sont inépuisables. *Le Cadet de Gascogne*, de fin mars 1936, publie, sur ce sujet paramédical, un document que nous livrons à nos lecteurs.

1770 : c'était l'époque où la dynastie des grands Bordeu régnait en maîtresse sur nos eaux pyrénéennes : Argelès-Gazost est tout proche de Barèges et à quelques lieues d'Izeste où naquit Théophile, le fils d'Antoine et le frère de François, dont les verbaux (le célèbre *Journal de Barèges*) sont, actuellement à Lourdes, conservés au musée de

VARIÉTÉS *(Suite)*

Folklore, fondé et administré par M. Lebondidier.

Nous devons au maître archiviste, M. d'Agrain, les lignes qui vont suivre : elles sont pleines d'intérêt, car elles sont très « documentaires » et, de ce fait, admirablement représentatives de ce dernier tiers du XVIIIe siècle, tout au moins pour un côté de la vie médicale.

L'abonnement médical à Argelès-Gazost, en 1770.

Cet abonnement de 57 habitants d'Argelès aux soins d'un médecin de Lourdes, au prix global de cinq livres par an, est un témoignage probant et édifiant des honoraires remis à nos ancêtres médicaux pour leur dévouement à la pauvre humanité ! Il est vrai que cinq livres de jadis représentaient une somme coquette eu égard à la modicité de toutes choses. Mais voyez-vous ce bon docteur Bols obligé d'effectuer deux fois par semaine ses huit lieues, et, dans le cas où il serait appelé à Argelès pour un non abonné, à visiter ceux-ci et leur famille ? Bien plus, son déplacement en cas d'urgence, hors des deux jours rituels, était tarifié 30 sols, c'est-à-dire 3 s. 1 denier la lieue ; quel moteur tournerait à ce prix ?

Il y avait bien alors à Vieuzac et à Ourout les deux Bordenave « chirurgiens » ; un d'eux fut témoin du testament de Françoise d'Antin d'Ourout. Mais ce titre était porté par les barbiers, leur savoir se réduisait à la pratique continuelle de la saignée... Il est probable que la nécessité d'autres médications se faisait sentir. Reste à savoir si le docteur Bols ne compensait pas en majorant les prix de ses drastiques et émollients ?...

« L'an 1770 et le septième jour du mois de may, au lieu d'Argellez, maison d'Ostalis et par devant moy N.re soussigné, Constitués en leurs personnes M. François Sérès, prebstre et curé dudit lieu, Henri Marquette, docteur et advocat, les sieurs Bordanave Nivon, Arnaud Prugnet, Martin Planté, André Lamirou, Jean Vergé, Jean Soubirou dit Barsalle, Pascal Puio, Pierre Badenco dit Cartolat, Marie de Francotte, Jeanne de Gassie dicte de Duhon, Pierre Bordenave dit Galan, le sieur Pierre Darmau, Jean Lacontre dit Petitou, Guilhem, Pelet, bourgeois ; Marie Micoquon, Anthoine Soubirou, Jean Brot, Marie Delecaze, Jacques Gazost, Julien Courade, Anthoine Laffon, Jean Lamarque dit Depouran, Marie de Cousin ou Mautze, Pierre Lasbats, Jean Méalis, Marie Dourgne, Jean Couza, Jean Digau, Pierre Corrèges, Jean Carriou, Guilhaume Lacaze dit Pelet, Pierre Toutdru dit Abateleur, Jean Corrèges dit Lalique, Pierre Faure dessus, Jean Dumas dit Pistolet, Bernard Sérès, Carrère dit Barrau, Bernard Lasserre, Jean de Bouger, Louis Quinqué, Jean Souberbie dit Grillon, Thomas de Meau, le menier de M. d'Ourout nomé Badieu, Noël Labouirie, Dominique Tapié, Jean Ossalet, Jean Gasliot, François Pinau, Blaise Laplume, Anne-Marie et Migelle de Meau ou Pouey, Jacques de Meau, dit Moncaup, André Aléas, Arnaud Canarie dessus, Jacques et Jean Canari debat, les touts habitants du lieu, lesquels de leur bon gré et ayant résolu de prendre M. Debols, docteur en médecine de la ville de Lourde pour leur médecin, auroint convenu avec ledit Sr Bols comme s'ensuit ; en premier lieu que led. Sieur de Bols sera en obligad de venir visiter les sieurs contractants et leurs familles en fait de maladie, deux fois la semaine, sçavoir est le mardi et le vendredi, comme aussi se trouvant par remouza aud. Argellèz, hors led. deux jours, sera pareillement obligé à visiter les malades desd. familles s'il y est appelé et ce au moien de la somme de cinq Livres que lesd. sieurs contractants promettent de paier aud. sieur Bols annuellement, à sçavoir la moitié à nostre Dame d'aoust et l'autre moitié le premier du mois de mars suivant. Si a esté convenu, stipulé et accepté par toutes parties qu'en cas lesd. constituants, oultre des deux jours d'obligation appellassent led. Sr de Bols pour venir de Lourde pour visiter quelqu'un des leurs malades, led. Sr Bols n'y pourra prétendre que trente sols par jour, comme aussy qu'à occasion de vixite, comme se rendant par occasion aud. lieu par rapport à d'autres malades desd. constituants, il sera en obligad de les aller voir et ordonner s'il en est requis, ce sans aucun salaire ny rétribution que comme dessus est dit, et comme il importe qu'un des sieurs constituants face la liève desd. cinq livres, les mesmes constituants ont prié et chargé le sieur Pierre Bordenave quy ycelle charge a acceptée, prommettant fe toutes diligences pour fe ladite liève et d'ycelle en tariffe aud. Sr Bols, aux termes cy dessus désignés, en nous raportant quitance dud. Sr Bols ; ensemble ont promis les mesmes constituants de lad. charge le relever indemne, et le relever de sa cotize pour fe lad. somme de 5 liv. en oultre lesd. parties ayant acquiescé et proumis tenir tout ce dessus ont convenu fe lad. convenue pour six années complettes à comencer depuis ce jour et datte, et out ce ci des us stipulé et narré à lobligation de leurs biens. Renoncé et juré par les sieurs Gabriel Laborde dud. Ourout et le sieur François Bordenave, chirurgien dud. Vieuzac soussignés, avec ceux qui ont sceu signer... »

Suivent 15 paraphes avec celui du notaire J. Périès.

***

A la même époque, nous apprend notre très érudit confrère Delaunay, les médecins de Paris, comme Bourdelin, prélevaient vingt sols pour une

VARIÉTÉS *(Suite)*

consultation ; Bouvart, l'adversaire de Bordeu, 3 livres pour une visite. Tronchin donne des consultations à un louis. Portal faisait payer ses visites de 24 à 48 francs. En 1790, il avait totalisé 30 766 francs dans son année.

Si nous consultons *le Journal des Barrié* que nous avons eu l'honneur de publier en 1925, nous y trouverons aussi quels étaient les honoraires prélevés par ces grands consultants de Luchon. Les Montagu, les de Tessé, les de Castelnaud, les Rochefoucauld honoraient leur médecin, pour le traitement de la saison, en leur versant 48 livres. Pour une saignée, dix sols ; dix jours de pansements pour une tumeur de l'aisselle : 10 livres.

Henricus, dans un des derniers *Courrier d'Epidaure*, nous raconte que Charles le Sage donnait 22 000 francs à son premier chirurgien avec obligation d'arracher les dents. Louis XI donnait à Coictier 18 000 francs ; de nombreux écus d'or à son astrologue, avec une abbaye. Henri II accorde 20 000 francs à ses médecins ordinaires et verse 10 000 écus à Fernel pour chacune des couches de Catherine de Médicis. La fistule historique de Louis XIV, opérée et guérie par Félix, fut la cause d'honoraires royaux. On se rappelle que le premier chirurgien toucha 520 000 francs ; Bessières, second chirurgien, 100 000 francs. D'Acquin, le premier médecin, se contenta de 350 000 francs, tandis que Fagon, revenu à peine depuis quelques mois de Barèges où il avait accompagné Mme de Maintenon et le duc du Maine, était gratifié de 200 000 francs. Les apothicaires et moindres seigneurs se répartirent 168 000 francs.

A Orléans, lors de l'épidémie de petite vérole en 1564, des médecins traitaient le fléau à des prix variant entre 15 et 150 francs. Le médecin de Colbert recevait 40 francs du ministre, mais se contentait de 6 francs des clients moins importants. Le médecin qui soignait Crillon lui demandait 5 francs par consultation, mais, à Sully, il réclamait 25 francs. Du reste, il se plaignait d'être « écorché ».

En 1570, la ville de Colmar passe un contrat avec des médecins pour un traitement de 72 francs par an, mais logés. En sus de ce traitement, la ville impose le prix des visites ou des soins. Pour un examen d'urine, 1 batz ; pour une première visite, 5 batz et pour la semaine 10 batz. Cette façon de faire correspond un peu à celle appliquée à nos médecins de colonisation.

En 1771, trois médecins de Paris concurent

27-3***

VARIÉTÉS *(Suite)*

Je me suis déplacé deux fois pour porter secours à votre cher enfant et malheureusement, comme vous le savez, il n'existait plus la seconde fois; vous mettrez, à ces déplacements le prix que vous jugerez convenable; tout ce que vous ferez sera bien.

Agréez, monsieur, l'assurance de tous mes regrets de n'avoir pu être utile à votre malheureux enfant.

Votre dévoué serviteur

Guersant

Ce 15 Janv. 1836

LA MÉDECINE AU PALAIS

le projet d'abonnement pour soins à forfait, moyennant 12 livres pour un souscripteur, 18 pour deux, 24 pour trois. A Tulle, en Corrèze, l'on trouve le même système en vigueur vers la fin du XVII[e] siècle.

Lorsque survint la Révolution, le tarif des honoraires baissa eucore et, en l'au VIII, le célèbre Jussieu faisait payer deux francs ses visites aux malades cossus. Au cours d'un voyage en France, en 1816, James Mitchel, célèbre médecin anglais, fut frappé de cette situation et il déclara : « Aussi longtemps que les malades nous rétribueront aussi parcimonieusement, on ne doit pas s'attendre à voir des hommes distingués et de talent embrasser une profession comme la nôtre. » Nous avons ouï dire que, de nos jours, tel puissant « capitaine d'industrie » honorait son médecin de 20 000 francs *par mois* pour surveillance de sa santé.

Il nous souvient d'avoir entendu M. le Doyen H. Roger nous conter, à l'un des déjeuners des Assises médicales françaises, quelques traits qui sont l'affirmation du désintéressement des médecins.

Voici une lettre de Guersant qui nous est communiquée par M. le Dr Georges Baillière et qui trouve, tout naturellement, sa place dans ces notes documentaires.

« *Je me suis dérangé deux fois pour donner mes soins à votre enfant. Hélas, la deuxième fois je suis arrivé trop tard. Je vous laisse le soin de fixer vous-même les honoraires, avec mes regrets de n'avoir pu vous conserver votre enfant.* »

Je trouve cela très bien, ajoute M. Baillière, et avec lui, nombre d'entre nous penseront de même.

Et ceci n'a pas le tintement métallique de gros sous... Dr MOLINÉRY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 juin 1936.

Notice nécrologique. — M. GORIS lit une notice nécrologique sur M. Louis Maillard (d'Alger), correspondant national depuis 1919 dans la division de pharmacie.

La recherche systématique du bacille de Hoch dans les expectorations broncho-pulmonaires. — MM. FERNAND BEZANÇON, PAUL BRAUN et ANDRÉ MEYER. — Au cours de leur recherche systématique du bacille de Koch par la culture des crachats sur milieu de Pétragnani-Lœwenstein, les auteurs ont pu recueillir 5 observations de suppurations broncho-pulmonaires, sans apparence d'évolution clinique tuberculeuse pendant le temps de l'observation, où le bacille n'a pu être dépisté que par la culture ; ils en rapportent également une autre où il n'y avait que de très rares bacilles par l'homogénéisation et où la culture fut positive.

Dans tous ces cas, il s'agissait bien de bacilles tuberculeux authentiques, et ils insistent, d'après leur expérience, sur ce fait que les bacilles paratuberculeux sont extrêmement rares dans les crachats.

Les auteurs rapportent en outre un certain nombre d'observations cliniques, où la constatation de bacilles au cours d'une suppuration pulmonaire faillit entraîner un diagnostic de tuberculose pulmonaire, alors que l'observation subséquente démontra qu'il ne s'agissait que de suppuration pulmonaire sans évolution tuberculeuse apparente.

Les auteurs signalent également, à côté des cas où il s'agit de pures constatations bactériologiques, des cas plus rares, à leur avis, où l'on observe soit en même temps que la suppuration broncho-pulmonaire, soit à sa suite, une évolution clinique tuberculeuse.

Ils rattachent ces constatations de bacilles à la présence si fréquente dans le poumon de foyers de tuberculose occulte qui, à l'occasion du processus aigu de la suppuration, ont subi un réveil qui peut être momentané ou de plus longue durée.

Des inconvénients des solutions d'adrénaline trop acides. — MM. GORIS et LEGROUX, pour éviter ces inconvénients, proposent les deux formules suivantes :

Cobaye nouveau-né : ondes α à une fréquence de 6 à 8 Hertz ; potentiel : variations entre 40 et 80 microvolts.

Chat nouveau-né : fréquence des ondes α de 4 à 5 Hertz ; potentiel variant entre 10 à 20 microvolts.

Chat adulte (anesthésié au dial) : fréquence des ondes α 7 à 9 Hertz, potentiel variant entre 50 et 90 microvolts.

Il résulte donc de ces chiffres que l'activité bioélectrique du cerveau du cobaye nouveau-né est plus accentuée que chez le chat nouveau-né, ce qui correspond à une activité fonctionnelle plus intense chez le premier. Ce fait apporte une confirmation à l'existence d'une étroite relation entre les courants bioélectriques du cerveau, sa structure et son activité fonctionnelle.

Etudes électrencéphalographiques (2e note). Electrencéphalogrammes chez une malade à laquelle on a extirpé une portion du lobe frontal gauche. — MM. G. MARINESCO, O. SAGER et A. KREINDLER. — Une malade a subi pour des crises jacksoniennes très fréquentes et un état d'agitation intense, l'ablation partielle du lobe frontal gauche en avant du champ 6 de Brodmann. L'électrencéphalogramme de l'hémisphère droit est à peu près normal, tandis que sur celui de l'hémisphère gauche, opéré, les ondes α sont d'une fréquence très diminuée : 2 à 3 Hertz (au lieu de 8 à 11) et la longueur d'onde offre de 400 à 500 *a*. Une lésion du lobe frontal modifie donc l'allure de l'électrencéphalogramme.

L'activité du centre de sérum de convalescent de Strasbourg (1934-1936). — MM. BOREL et LOEWENBERG.

Election d'un membre titulaire dans la 1re section (médecine).

Classement des candidats. — En première ligne : M. Ribadeau-Dumas.

En seconde ligne, *ex aequo* et par ordre alphabétique : MM. Babonneix, Noël Fiessinger, Gougerot, Milian, Pagniez. Adjoints par l'Académie : MM. Flandin et Harvier.

Au premier tour de scrutin, M. Louis Ribadeau-Dumas, médecin de la Salpêtrière, a été élu par 55 voix.

M. Babonneix a obtenu 2 voix ; M. N. Fiessinger, 5 voix ; M. Gougerot, 2 voix ; M. Milian, 2 voix; M. Pagniez, 5 voix ; M. Flandin, 1 voix ; M. Harvier, 1 voix.

Fete nationale. — Il n'y aura pas de séance le mardi 14 juillet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 19 juin 1936.

Hypoglycémie et intoxications (données expérimentales). — MM. L. BINET et S. MAREK.

Ictères médiats de la chimiothérapie. — MM. A. TZANCK, F. LAVANI et S. BACHMAN, parmi les ictères de la chimiothérapie, distinguent du type le plus courant et qui s'identifie avec un ictère catarrhal (ne se distinguant en rien d'un ictère catarrhal survenant en dehors de la chimiothérapie et posant les mêmes problèmes) un type particulier qu'ils désignent sous le nom d'**ictère médiat.**

Ce dernier se distingue de l'ictère catarrhal par l'absence de prodromes digestifs, par sa gravité possible, par sa date d'apparition plus précoce, mais surtout par le cortège d'autres complications sanguines (purpura), cutanées (rash, urticaire), rénales, articulaires, nerveuses même, qui au lieu de faire de lui une complication monosymptomatique comme l'ictère catarrhal, ne lui donnent plus que la valeur d'un élément dans un syndrome plus complet. Les auteurs rapprochent ce syndrome comprenant l'ictère du syndrome secondaire décrit par Hutinel au cours des maladies infectieuses les plus diverses, et signalé déjà par cet auteur lui-même au cours des « intoxications ».

Intolérance rénale familiale. — MM. A. TZANCK, E. SIDI et AL. NEGREANU rapportent deux observations d'intolérance familiale à une même substance (le mercure) et localisées au même organe (le rein).

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme qui, pour une syphilis reconnue à l'occasion de céphalées tenaces, reçoit des injections d'oxycyanure. Des accidents apparaissent à l'occasion de ce traitement (phénomènes méningées, albuminurie) ; ils sont mis sur le compte du biotropisme. La continuation du traitement aggrave les phénomènes rénaux et le malade tombe dans le coma. La suppression de tout traitement amène la guérison.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Dans la suite, le traitement peut être repris sans inconvénient au bismuth.

Le second cas concerne l'enfant du malade précédent. Ce dernier fait, à l'âge de cinq mois, des hématuries à la suite de frictions mercurielles, puis à l'âge de quatre ans, une nouvelle hématurie à l'occasion de l'application d'une pommade à l'oxyde jaune de mercure pour impétigo du cuir chevelu.

Donc, néphropathies familiales au mercure. De plus, dans la première observation, la méconnaissance de cette intolérance rénale, mise à tort sur le compte du biotropisme, a failli être fatale au malade.

Anémie grave avec neutropénie et syndrome hémorragique après chrysothérapie. — MM. Weissenbach, Martineau, Brocard et Malinsky.

M. Tzanck a observé un cas de purpura hémorragique secondaire à un traitement par les sels d'or insuffisamment surveillé. Il signale en outre un cas de néphrose lipoïdique après anatoxine staphylococcique et une érythrodermie novarsénobenzolique.

M. Benda souligne l'intérêt de l'étude de la cellule hépatique avant tout traitement aurique.

M. Justin Besançon a observé un cas de purpura hémorragique chez une femme après injection de sels d'or intramusculaire, sans aucune atteinte des cellules de la série blanche. Tout le syndrome hémorragique disparut extrêmement rapidement après la splénectomie.

M. Rist a observé après un traitement par les sels d'or sans surveillance une anémie aplastique ; le malade avait reçu 19 grammes de thiosulfate aurique. Il a vu il y a quelques jours un malade qui en trois ans avait reçu 45 grammes de crisalbine intraveineuse.

M. Huber a observé au cours d'une granulie généralisée traitée par des doses minimes de sels d'or des manifestations quasi scorbutiques.

M. Weissenbach souligne la difficulté de prévoir ces accidents graves ; au cours du traitement des rhumatismes, ils sont fréquemment cachés au début par le malade lui-même pour éviter l'arrêt du traitement.

Néphrose lipoïdique après chrysothérapie. — MM. Weissenbach et Malinsky.

M. Tzanck signale que ces faits se rapprochent de ceux publiés par Bourgeois.

Kystes aériens multiples et volumineux du poumon chez un vieillard. — MM. P. Léchelle, A. Thévenard et H. Mignot présentent une pièce provenant d'un homme de soixante-dix ans dont l'histoire clinique fut celle d'un athéromateux avec gangrène des membres inférieurs et crises douloureuses thoraciques ; l'examen radiologique pratiqué pour vérifier l'état du cœur montre l'existence d'une clarté anormale des deux bases pulmonaires, qui fut considérée à tort comme le résultat d'un pneumothorax bilatéral. Une vérification anatomique permit de constater que les deux tiers du poumon droit et la moitié du poumon gauche étaient transformés en kystes aériens volumineux.

Cette observation est remarquable par la difficulté du diagnostic clinique et radiologique de pareilles malformations, et par la rareté de leur constatation à un âge aussi avancé.

M. Ameuille rappelle que de nombreux cas de cet ordre ont été récemment publiés. Il pense que ces cas se rapprochent de l'emphysème pulmonaire.

M. Rist demande comment la ponction du kyste a pu déterminer la mort.

M. Benda, au cours d'un pneumothorax ayant présenté des crises d'angor, a vu les ponctions parfaitement tolérées.

M. Dufour considère que dans le cas de M. Léchelle il faut incriminer l'absence de rétraction de la masse pulmonaire.

Tuberculose multiganglionnaire de l'adulte. — M. Etienne Bernard a observé chez une femme de vingt et un ans une tuberculose mixte multiganglionnaire et pulmonaire. Il ne s'agissait pas de primo-infection.

Jean Lereboullet.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 juin 1936.

De la production de sérums cyto-toxiques au moyen de cellules enrobées dans la lanoline. — M. Ph. Pagniez a tenté d'appliquer à l'étude des cyto-toxines la méthode créée et largement employée par M. G. Ramon et ses collaborateurs, par laquelle on renforce l'action immunisante des antigènes en les injectant mélangés à une certaine quantité de lanoline.

Il a choisi le sérum anti-plaquette comme test d'étude et préparé des cobayes en leur injectant des plaquettes de lapins enrobés dans des mélanges d'huile et de lanoline. Les animaux ainsi préparés fournissent un sérum anti-plaquette infiniment plus actif que celui que donnent les cobayes témoins injectés avec les plaquettes pures. Une seule injection peut même, dans ces conditions, suffire pour obtenir un sérum anti-plaquette assez actif pour faire disparaître totalement les plaquettes du sang du lapin et supprimer la rétractilité du caillot et pour provoquer l'apparition de purpura.

De ces expériences M. Pagniez conclut que la méthode de Ramon est susceptible d'intéressantes applications à l'étude des cyto-toxines.

L'influence de la thyroxine sur la traversée du galactose en expérimentation et en clinique. — MM. Noël Fiessinger et Marcel Naville, après avoir rapporté les travaux antérieurs sur le métabolisme du galactose dans la traversée tissulaire, montrent que d'une part chez le chien, d'autre part chez l'homme, l'intoxication aiguë et de courte durée par la thyroxine provoque un affaissement de la courbe galactosémique et une diminution de l'élimination urinaire, sauf chez les sujets qui présentent une altération hépatique grave (où l'on observe une augmentation de la galactosurie). Dans l'intoxication prolongée, on constate un obstacle à la fixation du galactose et une élévation de la galactosurie.

Ces constatations montrent la part que peuvent jouer les tissus dans le métabolisme du galactose, sans permettre d'exclure une participation hépatique. Elles font comprendre les anomalies de la traversée du glucose chez les basedowiens, puisque la traversée de la moins métabolisable des hexoses, le galactose, peut être influencée par la thyroxine.

Le champ d'action de l'hypophyse par neurocrinie. — MM. G. Roussy et Mosinger précisent les noyaux végé-

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

tatifs de l'hypothalamus dans lesquels est déversée normalement la colloïde hypophysaire : noyau de l'infundibulum, noyau tangentiel, noyau paraventriculaire ; substance grise fondamentale. Mais, au cours de l'hyperneurocrinie expérimentale, la colloïde hypophysaire se rencontre dans des territoires beaucoup plus étendus : hypothalamus postérieur, zones latérales de l'hypothalamus, pédoncule inféro-interne du thalamus, subthalamus, pilier antérieur du trigone.

Ainsi, par neurocrinie (mécanisme hormono-neural des auteurs), l'hypophyse peut influencer : *a)* ses propres centres excito-sécrétoires ; *b)* les centres neuro-végétatifs supérieurs de l'hypothalamus antérieur et de l'hypothalamus postérieur ; *c)* les centres neuro-végétatifs du thalamus ; *d)* les formations motrices extrapyramidales du subthalamus ; *e)* les formations végétatives de la zone parolfactive. La colloïde hypophysaire tend à cheminer le long des faisceaux nerveux, phénomène appartenant au cadre général de neuroprobasie de Levaditi.

Ultrafiltration et dimensions des virus de la fièvre aphteuse et de la stomatite vésiculeuse. — MM. Levaditi, Paic, Mlles Kressnoff et Voet ont vu que les points terminaux de l'ultrafiltration pour le virus de la fièvre aphteuse et pour l'ultragerme de la stomatite vésiculeuse sont, respectivement, de 0,01 et de 0,12. Les dimensions sont de 0,003 et de 0,005 pour la fièvre aphteuse et de 0,06 à 0,09 pour la stomatite vésiculeuse. Les différences de taille relevées par la méthode d'Elford entre les deux germes sont très vraisemblablement réelles, car ont été éliminés les facteurs capables de fausser les calculs : source du virus, milieu qui l'enrobe, degré d'activité pathogène.

Négrigenèse cornéenne et régénérescence épithéliale. — MM. C. Levatidi et R. Schoen montrent que les épithéliums cornéens régénérés à la suite de leur destruction préalable sous l'influence de l'huile de croton ou du rayonnement total de la lampe à mercure, sont parfaitement aptes à la négrigenèse, peu importe la voie oculaire ou cérébrale de l'infection rabique expérimentale. De plus, la présence de corps de Negri dans les épithéliums cornéens en voie de mitose prouve que la contamination rabique de certaines cellules réceptives n'entrave pas la caryocinèse. Enfin la négrigenèse, qui traduit une évolution intracytoplasmique de l'ultravirus rabique, ne déclenche pas d'altérations dégénératives dans les épithéliums cornéens et dans les éléments néoplasiques, et il en est de même, à peu de chose près, dans certains neurones encéphaliques, tels ceux de la corne d'Ammon et de l'hippocampe ; l'évolution du virus rabique vers sa phase visible (représentée par les corps de Negri) exige une certaine intégrité morphologique et fonctionnelle des cellules qui lui servent de milieu de culture.

Nouvelles recherches sur l'immunité antistaphylococcique naturellement acquise chez le cobaye. — MM. G. Ramon, R. Richou et M. Djourichitch montrent que, chez les cobayes qui jusque-là n'avaient pu l'acquérir, l'immunité antistaphylococcique naturelle apparaît et se développe très rapidement dans certaines conditions favorables de vie de ces animaux, qui font prévoir dès maintenant le rôle de la contagion directe ou indirecte dans l'acquisition de cette immunité naturelle.

Sur la présence de staphylocoques toxigènes et d'antitoxine staphylococcique chez le cobaye neuf. — M. Miloutine Djourichitch a pu mettre en évidence, chez certains cobayes neufs, à la fois des staphylocoques toxigènes (dans la gorge) et de l'antitoxine spécifique dans le sang, ce qui éveille l'idée d'une relation entre la présence du staphylocoque et l'apparition de l'immunité spécifique chez ces animaux.

Du rôle de l'infection staphylococcique et de la contation dans l'acquisition de l'immunité antitoxique spécifique, Démonstration expérimentale. — MM. G. Ramon, M. Djourichitch et R. Richou arrivent à cette conclusion que le cobaye est capable de répondre par la production d'antitoxine spécifique à l'infection staphylococcique à laquelle il est soumis artificiellement, mais dans des conditions se rapprochant de l'infection naturelle. L'infection occulte joue un rôle primordial dans le développement de l'immunité antitoxique naturellement acquise.

Absence d'immunité antidiphtérique d'origine naturelle dans un effectif chez le cheval. — MM. E. Lemétayer et de Dietrich, alors qu'il est de notion courante que le cheval présente fréquemment une immunité antidiphtérique d'origine naturelle, n'ont enregistré aucune trace de cette immunité sur les chevaux d'un effectif de 40 animaux. Ce manque d'immunité trouve son explication non pas dans l'absence du bacille de Lœffler, mais dans les conditions particulières d'existence de ces animaux qui vivent au grand air et très isolés des autres chevaux ; cette constatation souligne une fois de plus l'importance des conditions de vie comme facteur épidémiologique en général.

Action du para-aminophénysulfamide sur les moisissures. — E. Fourneau, J. et Mme J. Trefouel, F. Nitti et D. Bovet ont vu le para-aminophénylsulfamide, 1162 F., exercer *in vitro* une action empêchante sur le développement des moisissures, et même sur le développement des végétaux supérieurs. Cette action empechante est en rapport étroit avec la constitution de la molécule et varie parallèlement avec l'action dans l'infection strepcotoccique. Cette toxicité très particulière sur la cellule végétale contraste singulièrement avec son innocuité pour la cellule animale.

F.-P. Merklen.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 juin 1936.

Effets comparés de l'anesthésie par le chloroforme et par l'éther sur les animaux thyroxinés (Etude expérimentale sur le rat). — MM. P. Sainton et A. Delauney communiquent les résultats qu'ils ont obtenus en injectant pendant une dizaine de jours une solution de thyroxine à des rats métissés, puis en soumettant ces animaux (en même temps que des témoins) à l'anesthésie générale par le chloroforme ou par l'éther à l'aide de mélanges gazeux d'air et d'anesthésique à teneur progressive connue, produits à volonté dans une cloche.

Ils ont observé un certain nombre de signes simples, et notamment le rythme respiratoire des animaux. Ces recherches ont montré que les rats thyroxinés présentent une susceptibilité particulière au chloroforme et suc-

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

tombent le plus souvent pour des doses voisines de la dose efficace, alors que les témoins ne présentent que très peu d'accidents. Avec l'éther, les rats traités et les témoins se comportent d'une façon semblable ; cet anesthésique est beaucoup plus maniable ; les accidents sont rares et n'arrivent que pour des doses très élevées et des actions prolongées.

Ces faits apportent un argument sérieux contre l'emploi du chloroforme dans l'anesthésie opératoire des sujets hyperthyroïdiens.

Sur les rapports entre les péricaryones et les capillaires dans la région sous-thalamique. — MM. G. Roussy et M. Mosinger font l'étude comparative des rapports neurono-capillaires dans les différents territoires de la région sous-thalamique.

Au niveau de l'hypothalamus, ces rapports sont particulièrement intimes et les auteurs y distinguent quatre types de dispositifs anatomiques : 1° l'anse périneuronale simple où l'endothélium du capillaire entre en contact immédiat avec le protoplasme cellulaire ; 2° le réseau interneuronal confère à la formation végétative considérée un véritable aspect endocrinien ; 3° l'anse creusante réalise une gouttière protoplasmique ; 4° le capillaire intraneuronal est placé en plein protoplasme cellulaire, ce dispositif s'observant dans des éléments uninucléés aussi bien que binucléés.

Au niveau du subthalamus et des noyaux extrapyramidaux, les rapports entre capillaires et neurones sont également intimes, le réseau interneuronal seul faisant défaut.

Les anses périneuronales simples ou creusantes s'observent couramment au niveau de la substance innominée de Reichert.

D'une manière générale, d'après les auteurs, l'abondance de la vascularisation et l'intimité des rapports neurono-capillaires est la règle au niveau de toutes les formations neuro-végétatives. Ces faits plaident en faveur d'échanges humoraux extrêmement actifs au niveau du système neuro-végétatif et donnent à penser que ces échanges résident non seulement dans l'absorption, par les péricaryones, de substances nutritives ou actives (hormonopexie), mais également dans l'excrétion de produits actifs (neurocrinie).

Les auteurs insistent à nouveau sur les analogies qui existent entre le système neuro-végétatif et le système moteur extra-pyramidal.

Enfin, l'intimité des rapports neurono-capillaires montre qu'au niveau de ces formations, il ne saurait être question d'une barrière hémato-encéphalique.

Technique de la culture des selles pour la recherche des bacilles de Koch. — MM. F. Bezançon et P. Braun indiquent une technique de culture des selles qui, sur 190 examens, leur a donné 31 cas positifs (23 adultes, 6 enfants, 2 nourrissons) ; le culot obtenu après centrifugation et qui sert à l'ensemencement, peut servir également pour l'examen microscopique et l'inoculation au cobaye.

Etude expérimentale de la neurosyphilis. Influence des souches tréponémiques. — C. Levaditi, R. Schœn et A. Vaisman concluent que l'adaptation du *Treponema pallidum* à l'espèce lapin ne semble pas changer radicalement la résistance que lui oppose le névraxe. Cependant, avec une souche adaptée Gand, la dispersion des tréponèmes est apparue plus accusée et plus persistante, de même que l'intensité des réactions périgreffales (montrant quelque tendance à évoluer vers la structure syphilomateuse), tandis que rien de tout cela n'a été observé avec deux souches récemment isolées de l'homme et peu adaptées à l'espèce lapin. Les conclusions antérieures concernant le virus syphilitique adapté Truffi ont donc une portée générale et sont confirmées dans ce qu'elles ont d'essentiel.

Pathogénie de la neurosyphilis. — C. Levaditi, A. Vaisman et R. Schœn concluent que l'anallergie névraxique qui paraît déclencher la genèse de la parasyphilis humaine, n'apparaît pas chez le lapin inoculé de syphilis par voie intracérébrale, malgré la longue durée du temps de l'observation, sinon sous l'aspect de lésions réactionnelles circonscrites, non liées à un développement local du *Treponema pallidum*. Ceci peut être dû, soit à la vie relativement brève du lapin, soit à des particularités inhérentes au système nerveux de cet animal. Par contre, une infection première ectodermique crée chez lui un état d'allergie névraxique incontestable. Cependant le système nerveux central, tout en s'opposant au développement local du *Treponema pallidum*, tolère sa dispersion dans les ganglions lymphatiques périphériques, ce qui se traduit par la virulence tardive de ces ganglions et par la création d'un état de prémunition à l'égard d'une réinfection effectuée par voie sous-scrotale.

Temps de latence de la réaction d'arrêt dans l'encéphalogramme. — MM. Durup et Escard.

F.-P. Merklen.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 avril 1936

Présentation d'une série de sondes trachéo-bronchiques avec note de technique et de clinique médico-chirurgicale. — M. A. Soulas présente une série de sondes pour lavages bronchiques et pour tubage trachéo-bronchique. Ces sondes, numérotées de 1 à 8, ont des diamètres variables depuis 6 millimètres et demi à 12 millimètres et peuvent être introduites dans l'arbre trachéo-bronchique soit par voie nasale, soit par voie laryngoscopique indirecte, soit sous laryngoscopie directe. Elles sont les unes à un seul courant (aspiration ou inhalation) et les autres à double courant (aspiration et injection, aspiration et inhalation). Certaines, dans un but de blocage trachéo-bronchique, sont munies d'une baudruche. Cette simplification de la méthode bronchoscopique comporte certains inconvénients, mais elle est intéressante surtout en l'absence d'un laryngologiste spécialisé. Les indications de ce procédé sont les « lavages bronchiques » dans les dilatations des bronches ; la « séparation des airs » ; les tubages trachéo-bronchiques dans la chirurgie thoracique (aspiration des sécrétions et inhalations d'anesthésiques pendant l'acte opératoire).

G. Luquet.

REVUE DES CONGRÈS

IXe CONGRÈS DES PÉDIATRES DE LANGUE FRANÇAISE

Bordeaux, 28-30 *mai* 1936.

Le IXe Congrès de l'Association française de pédiatrie vient de se tenir à Bordeaux et à Arcachon et a groupé plus de 150 congressistes, venus non seulement de France, de Belgique, de Suisse, mais encore de Suède, de Hollande, de Tchéco-Slovaquie ainsi que d'Amérique (Etats-Unis et République Argentine). Des adresses avaient été envoyées par la Grèce, le Brésil, le Canada, Java. Enfin les pédiatres italiens avaient envoyé un manifeste de sympathie, exprimant le vif désir de réunions prochaines. C'est M. le Dr Rocaz, président du Congrès, qui a souhaité la bienvenue aux médecins présents et répondu à tous ces témoignages d'amitié. Assisté du Dr Boisserie-Lacroix, secrétaire général, du Dr Dubourg, trésorier, il a laissé à tous les congressistes le souvenir d'une très brillante réunion marquée par un accueil très sympathique et par les réceptions d'une cordialité dont le souvenir restera cher à ceux qui en ont été les hôtes. Le préfet de la Gironde, M. Bouffard, le Dr Ginestous, adjoint au maire de Bordeaux, la Chambre de commerce se sont joints aux organisateurs. M. le doyen Pierre Mauriac a, dans une admirable allocution, exalté et défini le rôle de médecin d'enfants. Ses paroles émouvantes lui ont valu une véritable ovation.

A Arcachon enfin, le corps médical tout entier, avec l'appui très amical de la municipalité et la présence effective de M. Marcel Gounouilhou, maire, a organisé une réception, une visite de la ville et de ses organisations destinées à l'enfance, qui, jointes à une séance de travail, ont donné à cette journée un très vif attrait. Ce programme a été complété par une excursion très réussie à Salie-de-Béarn et une visite de la région du Bordelais et de ses célèbres vignobles.

La belle tenue médicale de ces assises, leur intérêt scientifique qui ne s'est pas démenti durant ces trois jours, joints à l'exquise hospitalité de Bordeaux et d'Arcachon, ont laissé tous les congressistes étrangers et français sous le charme de ces journées.

JULIEN HUBER.

I. — PREMIÈRE QUESTION.

LE TRAITEMENT DU DIABÈTE INFANTILE PAR L'INSULINE.

Rapport de **M. E. Aubertin**,
Professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Le rapport comprend quatre parties, qui traitent respectivement du traitement de fond du diabète infantile par l'insuline, des accidents déterminés par celle-ci, de l'application du traitement dans certains états particuliers, et des résultats éloignés de l'insulinothérapie prolongée.

I. — LE TRAITEMENT DE FOND DU DIABÈTE INFANTILE.

Le diabète infantile revêtant toujours, à de rares exceptions près, l'allure d'un diabète évolutif, tous les enfants diabétiques sont justiciables de l'insulinothérapie, et il y a tout intérêt à la mettre en œuvre précocement.

Le traitement doit viser non seulement à rétablir la nutrition et à permettre le développement des enfants, mais aussi à prévenir l'aggravation de l'état diabétique et ses complications. Pour cela, il faut chercher à empêcher une hyperglycémie permanente et excessive. Seuls un régime quantitativement défini et une insulinothérapie adaptée peuvent permettre de poursuivre ce résultat. Avec l'alimentation libre, préconisée par Stote, la réglementation des doses d'insuline ne peut pas être effectuée d'une façon suffisante à cet égard. La cure libre expose, de plus, à la suralimentation, qui est essentiellement préjudiciable aux diabétiques.

Il faut également éviter la sous-alimentation, qui retarde la croissance. Puisque l'insuline permet à l'enfant diabétique de métaboliser les quantités d'aliments dont il a besoin pour se développer, il faut les lui donner. Une règle simple à cet égard consiste à prescrire environ 1 000 calories à un an et 100 calories de plus par année d'âge.

La composition des régimes a varié depuis l'ère insulinienne, et elle est encore comprise de façons différentes par les diverses écoles. La pratique semble avoir montré cependant que la dose de protéines la plus convenable équivaut à 15 p. 100 de la ration calorique totale chez les jeunes enfants et à 10 p. 100 chez les enfants plus âgés. Une bonne proportion paraît être la suivante : 15 p. 100 dans les cinq premières années ; 12 p. 100 de cinq à dix ans ; 10 p. 100 de dix à quinze ans.

Par ailleurs, dans les premiers temps de l'ère insulinienne, on prescrivit d'une manière générale des régimes pauvres en glucides (20 à 25 p. 100 de la ration calorique) et riches en lipides (65 à 70 p. 100 de cette ration). De tels régimes permettent de réduire aisément les signes cardinaux du diabète, avec relativement peu d'insuline. Mais il apparut qu'à la longue la tolérance aux glucides des enfants soumis à ce genre d'alimentation diminue progressivement. Aussi utilise-t-on plus volontiers actuellement des régimes riches en glucides (50 p. 100 de la ration calorique) et pauvres en graisse (35 à 40 p. 100 de cette ration. Le contrôle immédiat du diabète est plus difficile à établir dans ce cas, mais on observe plus fréquemment, par la suite, des améliorations de tolérance appréciables. Les régimes intermédiaires contenant 35 à 40 p. 100 de la ration calorique en glucides, 45 à 50 p. 100 en lipides et 10 à 15 p. 100 de protides semblent les plus satisfaisants dans la pratique.

L'établissement, le fractionnement, l'espacement et la répartition des doses d'insuline doivent être réglés en fonction de la réactivité du sujet et des variations nycthémérales, alimentaires et non alimentaires, de la glycémie. Ainsi, les injections doivent être pratiquées une demi-heure avant les repas, la dose proportionnellement la plus forte étant celle du réveil, en raison de la poussée d'hyperglycémie qui se produit habituellement dans les premières heures de la matinée. L'ajustement du traitement se fait par l'examen des urines, recueillies séparément entre chaque injection d'insuline, et secondairement par le dosage du sucre du sang à différents moments de la journée.

L'exercice musculaire constitue un adjuvant précieux

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

de l'insuline. Par contre, il n'existe aucun médicament qui soit susceptible de remplacer, ni même de renforcer utilement l'action de cette hormone.

L'insulinothérapie permet aisément le rétablissement de l'état général et la suppression de la cétose ; mais le contrôle de l'hyperglycémie et de la glycosurie se heurte souvent à de plus grandes difficultés chez les enfants que chez les adultes, par suite d'une insulino-instabilité de la glycémie. Par contre, en dehors de l'infection, l'insulino-résistance est plus rare dans le jeune âge. Les enfants diabétiques sont, au contraire, plus souvent insulino-sensibles.

II. — Les accidents de l'insulinothérapie dans le diabète infantile.

Les réactions inflammatoires sont rares, et généralement sans gravité. Plusieurs cas de lipodystrophies ont été signalés chez l'enfant ; et il ne semble pas jusqu'ici que cette lésion soit susceptible de régresser. Les accidents d'intolérance, assez fréquents dans les débuts de l'ère insulinienne, sont devenus de plus en plus rares au fur et à mesure que la purification des préparations d'insuline a été plus perfectionnée.

Les accidents hypoglycémiques sont plus souvent observés dans le jeune âge, en raison de la labilité de la glycémie. Leur symptomatolgie rappelle celle qu'ils affectent chez l'adulte, avec quelques caractères spéciaux, surtout en ce qui concerne les troubles psychiques. Ils surviennent, en général, pour des taux de glycémie plus bas que chez les sujets plus âgés. Ils disparaissent aussi aisément que chez ces derniers après administration de glucose. Quelques cas de mort par hypoglycémie ont été rapportés chez des enfants. Mais cette éventualité exceptionnelle ne doit pas inciter à un certain relâchement dans la conduite du traitement, car les accidents d'hypoglycémie ne sont redoutables que lorsqu'ils sont méconnus ou négligés.

III. — L'insulinothérapie dans le diabète infantile au cours de certains états particuliers.

a. *Nourrissons.* — Le diabète est rare chez les enfants de moins d'un an. En dehors de quelques cas, où il s'est montré transitoire, il revêt habituellement la forme consomptive ; et, malgré l'insuline, son pronostic est encore mauvais.

b. *Infections,* — Bien traités par l'insuline et le régime, les enfants diabétiques, en général, ne supportent pas plus mal les maladies infectieuses de leur âge que les enfants normaux. Il faut seulement réduire la valeur calorique de leur régime sans diminuer la ration glucidique ni les doses d'insuline. On doit même parfois augmenter celle-ci, du fait de l'apparition d'un certain degré d'insulino-résistance.

c. *Chirurgie.* — Chez les enfants comme chez les adultes, la chirurgie à froid ou les interventions portant sur des foyers de suppuration localisée peuvent être effectuées, grâce à l'insuline convenablement appliquée, avec une sécurité aussi grande que chez les sujets normaux. Par contre, dans les processus de cellulites diffuses, d'appendicite gangreneuse ou d'anthrax, la mortalité reste plus élevée que chez les enfants non diabétiques, parce que l'insulino-résistance revêt ici son acuité la plus grande.

d. *Complications et associations morbides.* — La rigoureuse maîtrise du diabète est la plus sûre garantie contre ses complications. La tuberculose n'est pas plus fréquente chez les petits diabétiques bien traités que chez les enfants normaux. L'hypercholestérolémie est plus rare chez les enfants diabétiques que chez les diabétiques adultes. La cataracte, que l'on observe exceptionnellement, peut être opérée avec succès, grâce à l'insuline. L'artériosclérose paraît pouvoir être évitée par un traitement suffisant du diabète. Enfin, on voit parfois se développer des hépatomégalies, malgré le traitement.

e. *Coma.* — Traité à temps et convenablement, le coma diabétique guérit habituellement chez l'enfant, mieux encore que chez l'adulte, parce qu'il est moins souvent intriqué avec d'autres phénomènes morbides. La coexistence d'une infection rend cependant le résultat aléatoire. Au demeurant, les règles du traitement ne diffèrent pas de ce qu'elles sont chez l'adulte.

IV. — Effets de l'insulinothérapie prolongée dans le traitement du diabète infantile.

1° *Action sur le developpement.* — Grâce à l'insuline, la croissance, le développement pondéral et le développement sexuel peuvent s'effectuer d'une façon normale, si du moins l'enfant reçoit une alimentation suffisante et assez d'insuline pour lui permettre de la métaboliser.

2° *Action sur l'évolution du diabète.* — Les cas de guérison du diabète après une insulinothérapie plus prolongée sont exceptionnels. Par contre, il n'est pas rare d'observer des améliorations de tolérance importantes, surtout lorsque le malade est soumis à un régime assez riche en glucides. Chez beaucoup d'enfants cependant, il faut augmenter les doses d'insuline pendant deux ou trois ans dans des proportions que n'explique pas suffisamment le développement de l'organisme. Cette aggravation de l'état diabétique peut se produire même chez les enfants dont le diabète a été rigoureusement contrôlé. Elle est cependant beaucoup plus rapide et plus habituelle chez ceux qui ont été insuffisamment traités, ce qui montre que l'insuline, convenablement appliquée, lorsqu'elle n'arrête pas l'évolution du diabète, en ralentit du moins la marche.

3° *Action sur la mortalité.* — Les résultats dépendent essentiellement du milieu dans lequel le diabète évolue La mortalité a pu tomber à 2 p. 100 dans certains centres où les enfants peuvent être aisément suivis. En Finlande, Forsell a rapporté, par contre, jusqu'à 67 p. 100 de décès encore, malgré l'avènement de l'insuline, mais ses malades vivaient éloignés dans des campagnes arriérées, au sein de populations ignorantes. L'indocilité des enfants, la pusillanimité, l'incompréhension ou l'insouciance des parents, la crainte des accidents d'hypoglycémie de la part des médecins, la pauvreté des foyers, sont des obstacles que l'on rencontre dans tous les pays, à la poursuite d'un traitement qui, il faut bien l'avouer, est ennuyeux, désagréable, difficile, astreignant, non sans danger et coûteux. Les merveilleux résultats qu'il donne, lorsqu'il peut être convenablement appliqué, valent sans doute la peine que l'on s'efforce, par la création de services sociaux compétents, d'en généraliser les bienfaits. Encore faut-il que les conditions locales de l'application de la méthode le permettent.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

L'insulinothérapie dans les états non diabétiques de l'enfance.

Rapport de M. Marcel LELONG (de Paris).

L'insuline a été préconisée en dehors du diabète dès 1923, et précisément par des pédiatres. Depuis cette date, les essais se sont multipliés, trop souvent d'une manière empirique. Les opinions exprimées ont d'abord été optimistes ; puis les réserves sont venues, puis les déceptions. Le moment est arrivé de faire le bilan de nos connaissances actuelles sur le sujet et de tirer les conclusions de l'expérience.

I — L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DE L'INSULINE CHEZ LE NON-DIABÉTIQUE.

Il y a lieu d'abord de placer le problème résolument sur le plan de la physiologie de l'insuline chez le non-diabétique. On a en effet trop de tendance à admettre chez le sujet non-diabétique telle ou telle action de l'insuline par simple comparaison avec ce que l'on connaît des propriétés de cette hormone chez le diabétique. Or des différences profondes séparent le sujet hyperglycémique des sujets ortho ou à plus forte raison hypoglycémiques.

Les faits recueillis par les physiologistes et les expérimentateurs sont le plus souvent contradictoires, et permettent difficilement de se faire une opinion. Quelques-uns, cependant, peuvent être retenus valablement, et peuvent servir de base scientifique à l'emploi thérapeutique de l'insuline en dehors du diabète.

1° L'insuline a, avant tout, une action sur les glucides, traduite par son pouvoir hypoglycémiant. Comme les conclusions ne paraissent pas rendre compte de la totalité du sucre disparu, il est légitime de supposer qu'une partie de ce sucre a été transformée en substances de réserve : toutefois, cette hypothèse n'a reçu jusqu'ici aucune démonstration.

2° L'action anti-acidosante de l'insuline est peu évidente. L'effet neutralisant de l'insuline employée seule sur les cétoses non diabétiques n'est pas démontré : si cet effet existe, il n'est visible qu'en présence d'une réserve hydrocarbonée suffisante.

3° La majorité des auteurs accepte que l'insuline aide à la fixation de l'eau dans l'organisme : il s'agit vraisemblablement d'une action indirecte, qui s'exerce par l'intermédiaire des hydrates de carbone.

4° Une action directe de l'insuline sur la fixation des protides, des lipides et des sels minéraux n'est pas démontrée. Il est permis de supposer que l'insuline peut aider à cette fixation dans la mesure où elle améliore un métabolisme hydrocarboné antérieurement troublé, et dans la mesure où un apport alimentaire suffisant et équilibré est assuré.

5° L'insuline a certainement une action nette de stimulation sur le tube digestif : elle peut créer la sensation de faim ; elle excite la motilité du tractus gastro-intestinal ; elle augmente notablement la sécrétion chlorhydrique de l'estomac et la sécrétion biliaire, peut-être aussi la sécrétion pancréatique externe. Mais cette action est essentiellement en rapport avec l'hypoglycémie : elle n'existe que si l'insuline est donnée à doses hypoglycémiantes ; cette hypoglycémie doit être suffisante, elle ne doit pas être excessive.

Telles sont, dans l'état actuel de la science, les actions de l'insuline que l'on peut légitimement admettre, après avoir écarté les notions douteuses ou erronées. A ces conclusions, il convient de faire au moins deux réserves : D'une part, ces propriétés diverses appartiennent à l'extrait pancréatique interne tel que nous savons actuellement le préparer : or cet extrait n'est pas une substance chimiquement définie, et la question de la pluralité hormonale de la sécrétion endopancréatique se pose. D'autre part, ces conclusions concernent l'organisme normal : si celui-ci est bien différent du diabétique, il l'est également de l'organisme pathologique non diabétique. Or, nous n'avons que très peu de données précises sur la physiologie de l'insuline chez les sujets atteints de troubles de nutrition autres que le diabète. C'est dire que l'expérimentation clinique ne perd pas ses droits : c'est elle qui sera interrogée dans les chapitres suivants.

Nous n'envisagerons que les indications spéciales à l'enfant : les états de dénutrition chronique, les états de déshydratation aiguë, les acidoses et les acido-cétoses non diabétiques.

II. — L'INSULINE DANS LES ÉTATS DE DÉNUTRITION CHRONIQUE.

1° *Chez le nourrisson.*

Tisdall, de Toronto, en 1923, eut le premier l'idée d'essayer l'insuline chez les nourrissons en état de dénutrition chronique ; il n'obtint aucun résultat probant et renonça à publier ses observations. Au même moment, Pitfield, de New-York, rapportait deux cas favorables. Ainsi, dès le début, l'efficacité de l'insuline n'apparaissait pas comme une claire évidence. Cependant, les indications s'élargissaient : en 1925, Vogt la conseillait pour supprimer la perte de poids initiale du nouveau-né ; en 1926, Manhert, et, en 1927, Auerbach vantaient la médication chez les prématurés débiles. Telles sont les dates des travaux initiaux ; depuis, les publications se sont multipliées au point de devenir innombrables. Le rapporteur en fait cependant un historique minutieux, mettant surtout en évidence la contradiction des opinions, les unes favorables avec plus ou moins de réserves, les autres nettement défavorables. En présence d'avis aussi disparates, il est difficile de dégager une conclusion.

Certes ! beaucoup de ces contradictions ne sont qu'apparentes, et résultent, soit de la différences des nomenclatures, soit de la manière d'administrer l'insuline. Trop d'auteurs se bornent à constater les augmentations de poids sans préciser si elles ont été durables ; la recherche des témoins surtout a été généralement insuffisante, et l'on s'est rarement demandé quelle aurait été l'évolution du poids sans l'insuline. De l'examen de la littérature, un seul fait demeure : si l'action de l'insuline existe, du moins elle est inconstante. Toute la question est de comprendre les raisons de cette inconstance.

Il convient donc d'examiner si ce qu'on sait de la physiologie des états de dénutrition chez le nourrisson apporte quelques bases à la thérapeutique insulinienne. Existe-t-il chez le nourrisson non diabétique, hypotrophique, des troubles répondant aux actions de l'insuline étudiées au chapitre précédent ?

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Les états de dénutrition chez le nourrisson représentent des faits disparates, dont la classification clinique est encore simpliste, et dont l'analyse physio-pathologique est à peine ébauchée. Quelques notions importantes paraissent cependant acquises.

En général, il n'y a pas chez les hypotrophiques et les athrepsiques de troubles notables du métabolisme glucidique. L'absorption intestinale des hydrates de carbone est normale tant qu'il n'y a pas de diarrhée importante ; la glycémie à jeun est plus basse que celle des nourrissons du même âge en bon état de nutrition, ceux-ci ayant eux-mêmes une glycémie inférieure à celle qui est réputée normale chez les grands enfants et les adultes ; les épreuves de tolérance aux sucres sont normales, sauf cas exceptionnels (Careddu et Gina) ; le métabolisme intermédiaire est normal, sauf dans des cas rares et graves étudiés par Garot, de Liége ; la fonction de mise en réserve des hydrates de carbone est impossible à étudier dans l'état actuel de la technique. Il est donc bien difficile de supposer, chez la plupart des hypothrepsiques et des athrepsiques, un manque d'insuline endogène. C'est seulement dans certains cas qu'il est possible de noter une hyperglycémie relative, un allongement léger de la courbe d'hyperglycémie provoquée, une augmentation de la carbonurie.

Par contre, les troubles du métabolisme de l'eau sont toujours cliniquement évidents, et il semble bien que dans ces cas on puisse faire appel à l'insuline comme agent hydropexique.

Et surtout, les hypothrepsiques sont très souvent des anorexiques ; la motilité de leur estomac est insuffisante ; leurs sécrétions digestives sont ralenties : il y a là une indication nette pour l'action orexique, excito-motrice et excito-sécrétoire de l'insuline, maniée prudemment, dans certaines limites d'hypoglycémie.

Cette analyse physio-pathologique permet plus de précisions dans les indications de l'insulinothérapie.

On peut admettre que l'insuline peut rendre des services dans certains cas d'hypothrepsie du deuxième degré et même dans l'athrepsie :

1° En cas d'anorexie, dans la mesure où cette anorexie n'est pas secondaire à une cause organique importante, infectieuse ou autre ;

2° Quand la difficulté à fixer l'eau joue un rôle important dans la stagnation du poids ;

3° Quand on peut dépister quelques troubles du métabolisme glucidique, éventualité exceptionnelle.

Les contre-indications sont :

1° La chute de poids initiale du nouveau-né, dans laquelle l'insuline est dangereuse ;

2° Les syndromes de dénutrition à étiologie organique nette : ici, le traitement de la cause (infectieuse, alimentaire, digestive, etc.) prime le traitement du symptôme ;

3° L'athrepsie vraie dépasse en général les possibilités d'action de l'insuline ; en désespoir de cause, on peut essayer la médication ;

4° Les états de dénutrition avec œdèmes.

Les accidents de la médication ne sont pas négligeables. Ils sont heureusement le plus souvent bénins (pâleur subite, sueurs profuses, faiblesse et rapidité du pouls), mais on a signalé des convulsions avec ou sans perte de connaissance. En pratique, le gros fait à retenir est que, par suite de l'instabilité de l'équilibre glycémique chez le nourrisson, par suite aussi de l'absence de rapport constant entre la dose d'insuline employée et la chute glycémique obtenue, ces accidents sont imprévisibles. Pour éviter les risques d'hypoglycémie excessive et pour assurer la recharge en hydrates de carbone de l'organisme appauvri, l'insulinothérapie exige qu'on assure d'abord au nourrisson un régime riche en hydrates de carbone. Il faut que l'hypoglycémie insulinique soit suffisamment couverte par l'hyperglycémie alimentaire.

On n'utilisera donc que des doses faibles : une unité clinique par kilo et par jour, en une ou deux injections sous-cutanées. L'administration des hydrates de carbone peut se faire par la bouche ou par voie parentérale. Une bonne règle est d'assurer un apport minimum de trois grammes de glucose par unité d'insuline : on fera bien de dépasser ce chiffre.

La durée de la cure est variable. Le mieux est de procéder par séries de deux à trois semaines, séparées par des périodes de repos.

2° *Chez l'enfant.*

Chez l'enfant, le traitement de la maigreur par l'insuline a été tenté par de nombreux auteurs. A première vue, l'enfant est un terrain plus propice à l'efficacité de la médication, car, plus souvent que le nourrisson, il présente des états de maigreur purs de tout élément infectieux dominant, purs de tout trouble grave.

Là encore, cependant, les causes d'échecs sont nombreuses : insuffisance de la tolérance digestive, infections focales tenaces (infections rhino-pharyngées, tuberculose, etc.), insuffisance respiratoire, et surtout troubles névropathiques entretenus par le milieu.

La technique ne diffère pas de ce qu'elle est chez le nourrisson. Les doses usuelles sont de dix à quinze unités par jour avant chacun des deux repas, lesquels doivent être riches en hydrates de carbone.

L'insulinothérapie ne supprime pas la nécessité du repos musculaire, d'une bonne hygiène générale et alimentaire, de la vie au grand air.

III. — L'INSULINE DANS LES ÉTATS DE DÉSHYDRATATION AIGUË.

Le type de ces états est le syndrome cholériforme, remarquable par les perturbations graves du métabolisme de l'eau qui l'accompagnent. Au processus de déshydratation aiguë s'ajoute un état d'acidose prouvé par de nombreuses recherches de laboratoire ; parfois on constate aussi d'une manière passagère des troubles de la tolérance glucidique.

Dans ces conditions, il était logique d'essayer l'insuline, conjointement à la thérapeutique glucosée. Cette médication a été prônée surtout par Marriott, par Kozitschek, Buttenwieser, Priesel et Wagner. Elle consiste, avec Schick et Karelitz, à injecter dans les veines, après dénudation chirurgicale du vaisseau, du sérum glucosé en véritable goutte à goutte intraveineux. A cette glycosothérapie, on peut associer l'insuline à raison d'une unité pour trois à cinq grammes de glucose.

Si la glycosothérapie intraveineuse lente et continue est un progrès important, la médication insulinique paraît ici plus dangereuse qu'utile.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

IV. — L'INSULINE DANS LES ACIDOCÉTOSES NON DIABÉTIQUES.

1° *Dans les vomissements périodiques avec acétonémie.*

L'insuline a été préconisée dans les vomissements périodiques avec acétonémie par Torello Cendra (de Barcelone) en 1924. Depuis, elle a été utilisée par nombre d'auteurs, et les opinions sur la valeur de cette médication sont divergentes.

Examinons d'abord si la physio-pathologie de la *maladie de Marfan* apporte des données justifiant l'emploi de l'insuline. L'acidocétose y est constante, démontrée par l'excrétion urinaire de corps acétoniques, l'augmentation de l'azote et de l'ammoniaque urinaires, l'abaissement de la réserve alcaline du sang, la diminution du CO^2 alvéolaire, l'élévation des corps cétoniques du sang. Les recherches modernes ont mis de plus en valeur un autre symptôme chimique : l'*hypoglycémie initiale*, laquelle prouve l'existence, à côté du trouble de l'équilibre acide-base, *d'un trouble profond du métabolisme des glucides* (Hilliger, Knœpfelmacher, Ross et Josephs), pouvant s'accompagner de convulsions.

L'interprétation de cette hypoglycémie initiale n'est pas fixée ; il semble bien qu'après le brusque effondrement du début de la crise, la glycémie ait — à mesure que la crise se prolonge (donc seulement dans les formes graves) — tendance à remonter au-dessus de la normale, une hyperglycémie secondaire succédant à l'hypoglycémie initiale. Il semble bien aussi que cette hyperglycémie secondaire soit associée à une diminution de la tolérance hydrocarbonée ; parfois même on a noté, à ce stade, de la glycosurie. Enfin, chez ces malades, la déshydratation complète le syndrome chimique.

Ces notions biophysiologiques permettent d'esquisser une opinion sur les indications de l'insuline dans l'acétonémie infantile. L'insuline n'est indiquée que dans les formes prolongées, toutes les fois qu'il y a lieu d'améliorer la tolérance hydrocarbonée fléchissante et de réhydrater le malade. Même dans ces cas, l'insuline ne doit être considérée que comme une médication d'appoint : le traitement essentiel reste basé sur la glycosothérapie, l'alcalinisation et la rechloruration.

Il ne semble pas qu'on puisse faire une place importante à l'insuline dans le traitement préventif des accès.

L'insuline est nettement contre-indiquée dans les formes légères, éphémères, où elle est inutile ; même dans les formes prolongées, il faut bien savoir qu'elle est dangereuse au début de la crise, avant la fin du shock hypoglycémique initial. Au début, l'organisme a besoin de glucose plus que d'insuline, et sa tolérance hydrocarbonée est encore intacte.

La technique est loin d'être réglée ; on retiendra qu'il faut faire absorber au moins cinq grammes de glucose par unité d'insuline, et il sera prudent de ne recourir à l'insuline qu'après étude au laboratoire de la glycémie et des urines.

L'hypoglycémie initiale, par sa fréquence et son intensité, crée les plus grands risques à l'emploi intempestif de l'insuline.

Les résultats sont difficiles à interpréter. Les cas bénins guérissent spontanément. Dans les cas graves, l'insuline connaît des échecs ; dans les cas qui guérissent, il reste impossible d'affirmer que le traitement mixte insuline et glucose ait donné un résultat plus rapide que le traitement glucosé seul.

V. — L'INSULINE DANS LES ÉTATS D'ACIDOSE POST-TRAUMATIQUE OU POST-OPÉRATOIRE.

Certains chirurgiens admettent que les cas graves d'acidose post-opératoire ou post-traumatique légitiment l'essai de l'insuline. Là encore, il est capital d'insister sur la nécessité du traitement glucosé intensif, comportant en cas d'urgence l'injection intraveineuse poussée très lentement (en goutte à goutte) d'un demi à un litre de solution de glucose à 10 p. 100.

Il n'est pas prouvé qu'il y ait intérêt à associer l'insuline à la glycosothérapie. Le traitement préventif consiste surtout à éviter l'inanition chez les opérés et à assurer (préalablement à l'acte opératoire) la recharge de l'organisme en glucides et en eau. Les mérites et les inconvénients des divers anesthésiques sont mal connus.

* * *

En résumé, chez l'enfant, et *en dehors du diabète, l'insuline ne saurait être considérée comme une médication de premier plan.*

Dans certains cas, son utilité est *apparente*, et beaucoup d'auteurs lui attribuent des succès remarquables. Après bien d'autres, nous sommes surtout frappé de l'*inconstance* de son action et de l'*imprévisibilité des résultats.* C'est à essayer de comprendre les raisons de cette inconstance que nous avons consacré notre effort. Pour cela, l'insuline étant une médication physiologique, nous nous sommes tenu sur le plan physiologique.

Il convient de souligner que *l'insuline n'est qu'un catalyseur* : elle ne fournit pas les matériaux. L'apport alimentaire garde donc sa valeur prépondérante dans tous les cas, qu'il s'agisse de faire engraisser un nourrisson, de lutter contre la déshydratation ou contre l'acidocétose. C'est le régime qui règle l'état des réserves hydrocarbonées : c'est donc vers l'amélioration des fonctions digestives que le clinicien doit faire converger ses efforts.

De même, il est capital de rappeler l'importance cruciale de la lutte contre l'infection. Or, l'infection est d'autant plus occulte et tenace que l'enfant est plus jeune, et, d'autre part, l'insuline agira d'autant moins qu'elle sera débordée par les effets contraires de l'infection.

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS POUR MALADIES DE LA NUTRITION

ANTI-URIQUE DE CONTREXÉVILLE. — Dissolvant de l'acide urique et des urates avec : citrate sodique de pipérazine, hexaméthylène tétramine, benzoate de Na.

INDICATIONS. — Gravelle, goutte, obésité, artériosclérose, rhumatisme déformant.

Pillet, 5, *avenue Victoria, Paris (IVe).*

ENDOPANCRINE. — Insuline française. La présentation en tubes permet de prélever le nombre xact d'unités que l'on désire injecter. La présentation en ampoules est plus commode pour les petites doses.

INDICATIONS. — Diabète et ses complications, acidose, affections hépatiques, dénutrition, etc.

A. Deslandre, 48, *rue de la Procession, Paris (XVe).*

FERMENT PUR DE RAISIN DU PROFESSEUR JACQUEMIN. — Source de diastases et de vitamines. Immunisation et désintoxication générale de l'organisme.

INDICATIONS. — Stimulant de la nutrition et de la croissance, dépuratif, affections gastro-intestinales.

Jacquemin, à Malzeville-Nancy (M.-et-M.).

GADUASE. — Tonique et stimulant général d'action rapide et durable. Succédané agréable de l'huile de foie de morue, avec : hypophosphites de sodium et de calcium, méthylarsinate disodique, odc.

INDICATIONS. — Lymphatisme, anorexie, asthénie, déminéralisation, convalescence, etc.

Servier, 25, *rue Eugène-Vignat, Orléans.*

IODALOSE GALBRUN. — Iode physiologique assimilable. Artériosclérose, maladies du cœur et des vaisseaux.

Doses moyennes : de XX à LX gouttes par jour.

Paris, 8 et 10, *rue du Petit-Musc (IVe).*

IODHEMA. — Iodo-alcoylate méthyle benzyle d'hexaméthylène tétramine, en solution aqueuse (43 p. 100 d'iode assimilable). — Deux formes : ampoules, flacons (deux cuillers à café par jour).

INDICATIONS. — Toutes les formes de rhumatismes chroniques.

Etablissements Gallina, 4, *rue Candolle, Paris (Ve).*

JUGLANE. — Principe actif du noyer sauvage. Se prend par 3 ou 4 pilules avant chacun des trois repas. Continuer jusqu'à disparition du sucre dans les urines.

INDICATIONS. — Le diabète et ses complications : acidose, acétonémie ; aucune contre-indication.

Produits Euthérapiques, 12, *rue des Ecoles, Chambéry.*

PROSTHÉNASE GALBRUN. — Fer et manganèse associés en combinaison organique assimilable ; ne donne pas de constipation. Anémies diverses.

DOSES MOYENNES. — XX à L gouttes pour les adultes.

Laboratoires Galbrun, 8 *et* 10, *rue du Petit-Musc, Paris (IVe).*

QUINBY. — Iodobismuthate de quinine (formule Aubry), est le produit original créé dès le mois de juin 1921.

Suspension huileuse à 10 p. 100.

Ampoules de 3 centimètres cubes (adultes).

Ampoules de 1 centimètre cube (enfants).

S'administre en injections intramusculaires profondes deux fois par semaine.

INDICATIONS. — Action remarquable sur toutes les manifestations de la syphilis à toutes ses périodes. Cicatrisation rapide de tous accidents contagieux, muqueux ou cutanés. Disparition des gommes profondes ou superficielles, après quelques injections.

AVANTAGES. — Non toxique. Tolérance parfaite. Injection indolore. Aucune contre-indication.

Aubry, 54, *rue de la Bienfaisance, Paris.*

ULTRA-VIOLETS. — *a*) Affections de la 1re et 2e enfance ; *b*) tuberculoses dites chirurgicales ; *c*) affections cutanées, acné, psoriasis, etc. ; *d*) états de surmenage et d'asthénie, etc.

Vente et location de tous appareils et accessoires à la Verrerie Scientifique, 12, *avenue du Maine, Paris (XVe).*

VIN GIRARD. — La meilleure formule des préparations iodotanniques (iode, tanin, lacto-phosphate de chaux).

INDICATIONS. — Lymphatisme, scrofule, convalescences, anémie, surmenage.

A. Girard, 48, *rue d'Alésia, Paris (XIVe).*

VITAMYL IRRADIÉ et VITAMYL IRRADIÉ CHLOROPHYLLÉ. — Contient les quatre vitamines indispensables. — Solution, dragées ou ampoules buvables.

INDICATIONS. — Rachitisme, carence, précarence, déminéralisation, troubles de la croissance.

Amido, 4, *place des Vosges, Paris (IVe).*

RÉPERTOIRE DES ALIMENTS POUR RÉGIMES

ALIMENTS DE RÉGIME HEUDEBERT. — Farines, biscottes, pâtes, etc.

Société l'Aliment essentiel, 85, *rue Saint-Germain, à Nanterre (Seine).*

FARINES MALTÉES JAMMET. — Pour les régimes des malades et des convalescents.

47, *rue de Miromesnil, Paris.*

ÉCHOS

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA SEINE

L'Association des médecins du département de la Seine, fondée par Orfila en 1834, s'est réunie en assemblée générale le 8 mai 1936. Le bureau est composé de la façon suivante : président, M. Lesné ; vice-présidents, MM. Michon et Rathery ; secrétaire général, M. Louis Bazy ; secrétaire général adjoint, M. Pierre Fernet ; trésorier, M. Genouville ; trésorier adjoint, M. Fège ; archiviste, M. Paul Roy. Le président, M. Lesné, a prononcé le discours suivant, émouvant appel à tous les médecins du département de la Seine pour demander leur adhésion.

Le siège social de l'Association est à la Faculté de médecine.

ALLOCUTION DE M. LESNÉ PRESIDENT

Mes chers collègues,

Plus encore que les années précédentes, la mort a frappé dans nos rangs : 24 membres de l'Association des médecins de la Seine ont disparu depuis notre dernière réunion. Notre secrétaire général, M. Louis Bazy, évoquera devant vous la place qu'ils ont occupée dans le monde médical, dans le milieu scientifique et dans notre association. Je ne puis dissimuler mon émotion en distinguant parmi ces noms, à côté d'un être très cher, des maîtres et des amis pour lesquels j'avais une respectueuse et fidèle affection.

La disparition de ces collègues n'est pas seulement pour nous un deuil cruel, elle s'ajoute à nos préoccupations au sujet du recrutement des membres de l'Association. Et, en effet, si l'on ajoute au chiffre des décès celui des démissions, malgré 39 nouveaux adhérents, notre nombre ne s'accroît pas.

Lorsque l'on considère la totalité des médecins de Paris, on est surpris et peiné de voir qu'il n'en est pas plus d'un huitième inscrit dans nos rangs. Mais ce qui est encore plus triste peut-être c'est de recevoir des lettres de démission pour des raisons diverses ou même sans motifs, alors que la situation de fortune de ces collègues leur permet certes de verser une cotisation annuelle de 50 francs et de donner cette preuve minime d'assistance confraternelle. A la suite des démarches pressantes des membres de la Commission générale, quelques-uns ont bien voulu revenir sur leur décision, mais d'autres ont maintenu leur démission.

Et cependant il faut que nous soyons nombreux car, hélas, dans cette période de crise économique et d'instabilité des fortunes, nous avons plus qu'autrefois des infortunes à soulager. Notre association n'a jamais dévié de son but, et ce sont les mêmes préoccupations qui avaient incité Orfila en 1833 à la fonder. Ne lit-on pas dans le projet d'association les lignes suivantes : « Combien de médecins atteints de revers imprévus, frappés de maladies, moissonnés par une mort prématurée, laissent leur famille dans le dénuement le plus complet...

« Un ancien interne des hôpitaux, exerçant la médecine à Paris depuis plusieurs années, succomba dernièrement à une maladie aiguë, sa veuve et ses enfants restent sans ressources. »

« Un médecin, membre de l'Académie, vient de mourir, sa famille est dans la plus grande pénurie. »

Ceux d'entre vous qui font partie de la Commission générale, et qui n'hésitent pas, après la fatigue de la journée, à venir ici de tous les points de Paris apporter le résultat de leurs enquêtes, lire leurs rapports, écouter et discuter ceux de nos confrères, — et pour tout cela je leur dis ma gratitude, — savent que nous nous trouvons toujours en face des mêmes situations angoissantes dans tous les milieux médicaux, sans exception, maîtres ou praticiens.

C'est un confrère âgé ou malade qui ne peut plus exercer sa profession et qui manque du strict nécessaire. Ce sont des veuves dont les maris ont parfois occupé de hautes situations médicales, qui sont dans le plus complet dénuement. Combien de lettres émouvantes et pressantes avons-nous encore reçues cette année et qui nous mettent en présence de situations dramatiques telles que celles-ci :

Mme O..., veuve d'un médecin étranger à l'Association, reste sans aucune ressource, elle est obligée de travailler dans une usine d'automobiles pour nourrir ses trois enfants ; mais, par suite de la crise, elle est licenciée, et alors c'est le chômage et la misère. Voici quelques lignes de sa lettre de demande de secours : « Je viens de toucher ma paye de chômage : 147 francs. Après avoir payé mes dettes, mes enfants ayant été malades, il me reste 3 fr. 20. C'est vous dire avec quelle angoisse j'attends votre réponse... Je vous en prie, monsieur, ne me jugez pas mal, pensez combien il m'est pénible de mendier comme cela. »

Voici une lettre qui nous est adressée par la fille d'un confrère étranger à l'Association : « Mon père, en mourant lorsque j'étais enfant, nous a laissées dans le dénuement le plus grand. Ma mère, pour m'élever, prenait des pensionnaires et nous pouvions vivre, étant nos propres domestiques. Hélas ! depuis quinze mois nous ne trouvons plus de pensionnaires, c'est chez nous la détresse la plus grande ; ma mère est presque toujours alitée par une bronchite chronique et de l'emphysème, et je n'ai plus rien pour la soigner. Nous n'avons plus de gaz, et l'on coupe l'électricité dans quelques jours. J'ai dix-neuf ans, je cherche partout une situation, vendeuse, couturière, secrétaire, on me promet une place lors de la première vacance, mais quand ? Il me semble qu'en m'adressant aux confrères de mon pauvre papa je vais trouver un appui... Je vous supplie, docteur, de m'accorder un secours ; je suis désespérée ; pas de gaz, pas de lumière bientôt et depuis deux jours nous n'avons plus de pain. Que faire ? Je vous demande, docteur, de nous secourir d'urgence. »

Je pourrais multiplier ces exemples lamentables ; il s'agit là de veuves de médecins étrangers à l'Association, et cependant, en présence de détresses aussi profondes, des secours sont adressés d'urgence par notre trésorier, secours toujours ratifiés par la Commission générale.

L'Association doit, en effet, de par ses statuts, venir en aide aux veuves et enfants de médecins qui sont dans le besoin, même si ces médecins n'ont pas fait partie de l'Association. Mais cette part ne peut excéder le dixième du fonds de secours et nous avons, en 1935, atteint presque la limite des possibilités. Du fait de la diminution de nos revenus et du nombre toujours plus grand des demandes,

ÉCHOS *(Suite)*

les sommes accordées aux familles médicales étrangères à l'Association ne peuvent dépasser 500 francs par an maximum.

Combien de veuves venant solliciter notre appui se désolent parce que le mari a négligé de s'inscrire parmi nous, ce qui leur eût permis de recevoir un secours annuel de 1 700 francs. Il semble du reste que, tout en étant souvent très malheureuses, les veuves de sociétaires le soient à un moindre degré que les autres, peut-être parce que le mari, assez prévoyant pour s'inscrire à l'Association, l'a été aussi pour assurer par d'autres moyens l'avenir des siens.

Voici encore une demande d'aide adressée par une veuve de médecin dont le mari, étranger à l'Association, est mort il y a vingt ans après une longue maladie la laissant avec sa fillette dans le plus complet dénuement. Pour élever cette enfant, elle donne des leçons, fait des chapeaux, prend des pensionnaires. La jeune fille prépare son baccalauréat en étant gouvernante, institutrice, sténodactylo. Elle passe brillamment ses examens, mais le travail acharné, les privations continuelles ont favorisé l'éclosion d'une maladie grave, nécessitant le repos et l'éloignement. C'est la misère, alors que naissait l'espoir de jours meilleurs. La mère s'adresse à l'Association qui peut lui faire parvenir le don important d'un de nos bienfaiteurs anonymes qui a toute la reconnaissance des intéressés et la nôtre ; il a soulagé l'infortune et contribué à soigner la maladie. Je regrette, afin de ménager le secret de nos délibérations, de ne pouvoir vous lire la lettre émouvante par laquelle cette mère si éprouvée témoigne sa gratitude.

Quant aux médecins, il en est encore cette année un grand nombre venus nous demander aide et soutien. Ils continuent habituellement l'exercice de leur profession jusqu'à ce que les forces les abandonnent et qu'ils tombent victimes de leur dévouement et de leur désintéressement sans avoir pu assurer leurs vieux jours. Sont-ils des nôtres, atteints par la vieillesse ou la maladie, ils peuvent recevoir 3 400 francs par an.

Si la fortune sourit à quelques médecins, il en est beaucoup qui connaissent l'infortune ; l'avenir nous échappe ; les heureux d'aujourd'hui seront peut-être les malheureux de demain : *hodie mihi, cras tibi.*

La vieillesse du médecin, dont la vie d'abnégation s'est passée en grande partie à soulager les petits et les humbles, se termine rarement dans l'opulence et souvent dans la misère ou au moins dans la gêne. Lorsque l'on parcourt les demandes de secours des confrères ou des membres de leurs familles, on ne conçoit pas qu'il n'y ait qu'un si petit nombre d'inscrits dans nos rangs, et que les autres restent sourds à ces cris de détresse. Par négligence, par insouciance et par ignorance, ils se tiennent à l'écart, persuadés qu'ils n'auront besoin d'aide ni pour eux ni pour leur famille, mais avant tout ils ne savent pas quelles misères nous secourons et quelles angoisses nous apaisons. S'ils assistaient à quelques séances de la Commission, ils seraient émus et convaincus et voudraient être des nôtres pour nous permettre de faire plus de bien.

C'est à ceux qui m'entendent, — et comme je désirerais que mes paroles fussent répétées à tous les confrères du département — de la Seine, que je demande, puisqu'ils connaissent le but, les moyens et les résultats de notre œuvre, d'avoir confiance dans la réussite et de s'employer par une parole persuasive, par un enthousiasme généreux et une volonté agissante, à convaincre les maîtres et les praticiens d'adhérer à notre Association d'assistance et de bienfaisance.

NOUVELLES

Service de santé. — NOMINATIONS. — Au grade de médecin colonel, les médecins lieutenants-colonels : Bergès, médecin chef de l'hôpital militaire Broussais à Nantes ; Sergeant, médecin chef de l'hôpital militaire Scrive à Lille ; Camus, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Denis ; Duchène-Marullaz, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand.

Au grade de médecin lieutenant-colonel, les médecins commandants : Sarrazin, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Besançon, maintenu ; Chènelot, 19e corps, maintenu ; Roux, 94e d'art. de mont. à Nice, affecté à l'hôpital militaire Rosaguti à Bastia ; Bendon, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Valence, maintenu ; Cazalas, médecin des salles militaires de l'hospice mixte de Montpellier ; Rivay, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Châteauroux, maintenu et désigné comme président de commission de réforme ; Cenet, médecin-chef de l'école militaire d'artillerie de Poitiers.

Au grade de médecin commandant, les médecins capitaines : Sauvez, salle militaire de l'hospice mixte d'Amiens ; Laplagne, commission consult. méd. ; Meyer, du Maroc ; Rouyer, 372e d'artillerie lourde, Châlons-sur Marne ; Dutrey, hôpital militaire Dominique Larrey, Versailles.

Boulay, 48e d'infanterie, Guingamp ; Rolling, de Paris, à l'École supérieure de guerre ; Keller, 8e tirailleurs marocains, Belfort ; Guillermo, du Levant ; Henry, du Maroc ; Roques, hôpital militaire Broussais, Nantes ; Manhès, 14e Algériens, Châtellerault, affecté au 109e régiment d'artillerie, à Châteaudun ; Martinet, directeur du Service de santé de la 6e Région, Metz ; Pouget, commission consult. médicale, Paris.

Au grade de médecin capitaine, les médecins lieutenants : Brochier, 9e C. A. ; Léonard, 3e batterie de l'Air, Versailles ; Piet-Berton de Lestrade, du Maroc ; André, Base aér. no 105, Lyon ; Boireau, 19e Corps ; Martin, 121e Esc. du train, Lure ; Bigou, 3 e régiment d'infanterie, Tours ; Rasnoux, base aérienne 122, Chartres ; Gossart, 182e d'artillerie, à Vincennes ; Thiry, 27e régiment d'infanterie, Dijon ; Bory, 158e régiment d'infanterie, Strasbourg, affecté au 9e bataillon de chasseurs alpins, Antibes ; Graby, du Maroc ; Monjauze, 19e C. A. ; Cosset, 19e C. A. ; Arloing, 19e C. A. ; Fisquet, 70e bataillon alpin de fort., Bourg-Saint-Maurice ; Pigache, Région de Paris ; Winckel, du Maroc.

MUTATIONS. — Les médecins lieutenant-colonels :

NOUVELLES *(Suite)*

Perot, à Bastia, est affecté à Clermont-Ferrand ; Borneeque, de Saint-Etienne, est affecté à Pau.

Les médecins commandants : Vialatte, de Grenoble, est affecté à Saint-Etienne ; Benazet-Lacarre, du 103e d'artillerie, à Commercy, est affecté à l'hôpital du Camp de Mailly ; Bonneterre, de Nice, est affecté au 94e d'artillerie à Nice.

Les médecins capitaines : Uberti, du 9e bataillon de chasseurs, à Antibes, est affecté au 103e d'artillerie, à Commercy ; Levet, du 9e Corps, est affecté au ministère de l'Air ; Sadler, du 26e d'infanterie, à Nancy, est affecté aux Troupes du Levant.

Les médecins lieutenants : Maclou, du 8e d'artillerie, à Nancy, est affecté au 26e d'infanterie, à Nancy ; Boquet, de l'hôpital, à Toul est, affecté au 8e d'artillerie, à Nancy.

Service de santé des troupes coloniales. — NOMINATIONS. — Au grade de médecin colonel, le médecin lieutenant-colonel Rouzoul, à l'École d'application du service de santé des troupes coloniales.

Au grade de médecin lieutenant-colonel, les médecins commandants : Le Maux, en Tunisie ; de Baudre, en Afrique équatoriale française.

Au grade médecin commandant, les médecins capitaines : Lieurade, en Indochine ; Lavergne, au régiment d'infanterie coloniale du Maroc ; Bonnetblanc, en Afrique occidentale française ; Membrat, en Afrique occidentale française.

Au grade de médecin capitaine, les médecins lieutenants : Mary, au 41e mitrailleurs d'infanterie coloniale ; Tinard, au Togo ; Woithelet, à Madagascar ; Tessier, au 3e régiment d'infanterie coloniale ; Diagne, en Afrique occidentale française ; Metereau, en Afrique occidentale française.

MUTATIONS. — En Indochine : le médecin lieutenant-colonel Bauvallet, du 1er régiment d'infanterie coloniale ; le médecin comm. Chapuis, du 12e régimen d'artillerie coloniale ; le médecin apitaine Loustalot, du 3e d'infanterie coloniale. — En Afrique occidentale française : le médecin colonel Gu rard, du 23e d'infanterie coloniale ; le médecin commandant Bizien, du 24e tirailleurs sénégalais · le médecin capitaine Gauzy, du 2e d'artillerie coloniale. — En Afrique équatoriale française : le médecin capitaine Orly, du 13e tirailleurs sénégalais. — Au Cameroun : le médecin capitaine Dugue, du 2e d'infanterie coloniale. — En Afrique orientale française : le médecin capitaine Daste, du régiment d'infanterie coloniale du Maroc : le médecin lieutenant Hodoyer, du 16e tirailleurs sénégalais. — En Nouvelle-Calédonie : le médecin capitaine Bare, du 10e d'artillerie coloniale. — A la Guyane : le médecin commandant Bernier, du 12e tirailleurs sénégalais ; le médecin lieutenant Lacorne, du 2e d'infanterie coloniale ; le médecin lieutenant Helary, du 11e d'artillerie coloniale, administration pénitentiaire. — A la Guadeloupe : le médecin lieutenant-colonel Conil, du 23e d'infanterie coloniale, chef du Service de santé de cette colonie.

Annulations de désignations coloniales. — La désignation du médecin colonel Trividic, pour servir en Afrique occidentale française, du 25 mars 1936, est annulée. La désignation du médecin lieutenant Monin, pour servir en Afrique équatoriale française, du 25 mars 1936, est annulée.

Au 2e régiment d'infanterie coloniale : le médecin capitaine Vialard-Goudou, du Siam. Au 3e régiment d'infanterie coloniale : le médecin commandant de Gouyon de Pontourade, du Maroc ; le médecin lieutenant Gilbin, d'A. O. F. Au 41e régiment de mitrailleurs d'infanterie coloniale : le médecin commandant Bernardin, de la Guyane ; le médecin lieutenant Faguet, d'A. O. F. Au 4e régiment de tirailleurs sénégalais : le médecin commandant Le Gac, de Madagascar. Au 8e régiment de tirailleurs sénégalais : le médecin lieutenant-colonel de Boyer de Choisy, d'A. E. F. Au 12e régiment de tirailleurs sénégalais : le médecin lieutenant-colonel Rault, d'A. E. F. ; le médecin-lieutenant Berthon, d'A. E. F. Au 14e régiment de tirailleurs sénégalais : le médecin commandant Tempon, d'A. E. F. ; le médecin lieutenant Pape, d'A. E. F. Au 24e régiment de tirailleurs sénégalais : le médecin lieutenant Amigues, d'A. O. F.

Au 52e bataillon de mitrailleurs indochinois : le médecin capitaine Dejou, de la Guadeloupe. Au 2e régiment d'artillerie coloniale : le médecin commandant Maignou, d'A. O. F. Au 3e régiment d'artillerie coloniale : le médecin commandant Lageat, de Madagascar ; le médecin lieutenant Miossec, d'Indochine. Au 11e régiment d'artillerie coloniale : le médecin lieutenant Gellie, d'A. O. F. Au 12e régiment d'artillerie coloniale : le médecin capitaine Cremona, d'A. O. F. Au Centre de Transition des troupes indigènes coloniales : le médecin commandant Labbé, d'Indochine. A l'hôpital militaire de Fréjus : le médecin lieutenant Boiron, du Cameroun. Au dépôt des isolés des troupes coloniales : le médecin commandant Coleno, du Cameroun ; le pharmacien commandant Fauchon, de Madagascar ; le pharmacien lieutenant Le Bouder, de la Guyane. Au dépôt des isolés des troupes coloniales (annexe de Bordeaux) : le médecin lieutenant Arctas, d'A. O. F. A la direction du service de santé de la 17e région : le lieutenant d'administration Gery, d'Indochine.

Thèses de la Faculté de médecine de Paris. — 29 *juin.* — M. MABIN, La gangrène gazeuse après injections médicamenteuses. — M. MEILLAND, Sur les hypertensions artérielles ; rôle des nerfs et du rein. — Mme BUVAT-COTTIN, Considérations cliniques et thérapeutiques sur les toxicomanies. — M. CHARIF EMAMI, Peut-on espérer blanchir les mélanodermies avec la vitamine C. ? — M. LE LOCH, Etude de la gomme sterculia ; application dans la constipation et certaines diarrhées. — M. DANIEL, Etude d'un cas de surrénalome avec crise d'hypertension paroxystique. — M. ELIAS SALOMON, Etude des hémiplégies transitoires des cardiaques. — M. HIRT, Etude du traitement de l'hypotension artérielle solitaire par les procédés récents. — M. LUQOUIN, Action de l'ouabaïne administrée par voie buccale au cours de l'insuffisance ventriculaire gauche. — Mlle RENDU, Les formes bradycardiques permanentes de la fibrillation et du flutter auriculaires. — M. LEBLANC, Données récentes sur la phonocardiographie. Intérêt de cette méthode dans l'étude du premier bruit normal. — Mlle GERMAINE HOUZEAU, A propos d'un cas de thyroïdomanie.

NOUVELLES *(Suite)*

30 *Juin.* — M. Bonhomme, Sur une forme particulière du paranyoclonus multiple de Friedrich. — M. Raust, Etude anatomique des bronches de drainage et des cavernes tuberculeuses. — M. Kalchtein, A propos de quelques cas de syndrome de Gélineau avec hallucination onirique. — M. Villatte, Etude des idées délirantes à types schizoïdes. — M. Delauney, Comportement et susceptibilité des animaux thyroxinés. — Mlle Cottin, Technique de gastrectomie. — Mlle Erdos. Etude de la fracture de la petite apophyse de calcanéum. — M. Loiseau, Le traitement des cancers de l'hypopharynx par les radiations. — M. Vigneron, Propos sur la prothèse à fond en stomatologie. — M. Girault d'Angély, Considérations sur les atrophies de l'iris, aspect biomicroscopique. — M. Le Dize, Le tétanos au cours de la grossesse et suites de couches. — M. Morvan, Etude des présentations primitives de la face. — Mlle Lods, Stérilité et perméabilité tubaire. — M. Rozental, Etude des écoulements séreux du mamelon au moment de la ménopause. — Mlle Tchijoff, Etude clinique et thérapeutique des endométriomes de l'ovaire. — M. Vieillard, Etude des pancréatites aiguës hémorragiques, rôle de la cholécystostomie.

1er *Juillet.* — M. Séta, De la cholécystographie. — M. Catalette, Les adhérences péritonéales post-opératoires. — M. Fischer, Sacrum vaseulé. — M. Lejeune, L'anesthésie péridurale segmentaire. — M. Auroy, L'hygiène à la Cité universitaire. — M. Cléper, Le traitement des asphyxies par gaz de combat. — M. Dugay, Le sulfate double d'orthoxyquinoléine et de potassium. Etude chimique. Application. — M. Gojon, Le mal del Pinto. — M. Gottschalk, Etude de la lèpre dans les Etats baltiques (Lettonie et Esthonie). — M. Hirsch, Effets de l'eau d'Uriage en injection intratissulaire chez les tuberculeux. — M. Keyhani, Analyse des propriétés défensives de l'organisme vis-à-vis des agents infectieux. — M. Nain, Le contrôle sanitaire des œufs destinés à l'alimentation. — M. Peycelon, Contribution expérimentale à la chimiothérapie de la maladie du sommeil. — M. Rabinzon, Elimination urinaire des hormones sexuelles chez les cancéreux. — M. Rooz, La démographie de la Roumanie. — M. Schor, Les facteurs sociaux dans le développement de la tuberculose à l'âge scolaire. — M. Simonesco, Etude sur la vaccination par le BCG en Roumanie. — M. Suchodolski, Etude sur le pellagre en Pologne.

2 *Juillet.* — M. Lupu, Valeur de la gono-réaction et de la spermoculture dans les urétrites chroniques. — M. Boyer, Etude du traitement des perforations ulcéreuses gastro-duodénales. — M. Hécart, Etude clinique et thérapeutique des pseudarthroses au col du fémur. — M. Martin, La protusion acétabulaire intrapelvienne. — M. Pouliguen, Traitement des arthrites suppurées du poignet par résection de la tête cubitale. — M. Reyé, Enchevillement des fractures diaphysaires par greffon tibial. — M. Aozma, Les grandes hémorragies chez les prostatiques. — M. Fontaine, La masse sanguine. — M. Adler, Charles Davila, 1828-1884. — Mme Bourgeois, Les néphrites auriques. — M. Dinner, L'histoire du pneumothorax artificiel. — M. Rubin, La supériorité de l'héliothérapie moderne (méthode Brody). — Mme Milice Bonnafous, La Charité de Senlis. — M. El. Mattry, Etiologie et prophylaxie de la prostitution. — M. Balme du Garay, L'insuffisance hépatique, l'asthme, l'urticaire et l'eczéma. — M. Mazaher, Etude de l'exploration fonctionnelle du pancréas. — M. Mizrahi, L'anasarque au cours de l'ictère catarrhal. — Mlle Bissérovitch, Méningite tuberculeuse pendant la première année. — M. Ruiz-Cortes, Etude des méningites à streptocoques chez l'enfant.

3 *Juillet.* — M. Courtillié, La spasmophilie chez le nourrisson de moins de deux mois. Mise en évidence par la recherche du signe Chvostek. — M. Lebourgeois, Glutathion, grossesse et accouchement. — M. Maresselle, Etude du traitement chirurgical des thrombophlébites pelviennes, suppurées, d'origine précrurale. — M. Espino-Mariano, Sur le cathétérisme urétéral dans le traitement des pyélonéphrites aiguës. — M. Monrose, Etude du traitement de l'hydrocèle vaginale par injections. — M. Rodier, Sur une variété de fracture par éclatement du pilon tibial.

4 *Juillet.* — M. Abiteboul, Etude des méningites herpétiques. — M. Brenner Cas nouveau de hernie diaphragmatique traumatique. — M Greverie, Troubles cardiaques persistants après phrénicectomie gauche. — M. Joly, La collapsothérapie hypotensive. — M. Kolpenitzki, Le logement sanatorium, application dans le cadre des Assurances sociales. — M. Pergola, Syndromes myo-parathyroïdiens simples ou associés. — M. Serre, Etude de l'etat humoral chez les asthmatiques. — M. Abramovici, Etude du coup de chaleur chez le nourrisson. — Mme Chatenet, Le danger de contamination tuberculeuse dans le personnel infirmier. — M. Ferraud, Six cas de vaccination par le BCG à l'hôpital d'Argenteuil. — M. Lemerle, La réaction de Vernes à la résorcine. — M. Chevé, Diagnostic bactériologique et épanchements pleuraux tuberculeux. — Mme Jammet, Maladie de Hand-Shuller-Christian. — M. Liberson, Métabolisme et obésité. — M. De Rubiana, Etudes des formes médicales du rhumatisme tuberculeux chronique.

Thèses vétérinaires. — 29 *Juin.* — M. Péan, Brucellose des équidés.

30 *Juin.* — M. Saba, Inspection des viandes et des abattoirs en Syrie. — M. Vignardon, Marché de la viande et les Pouvoirs publics en France.

NOUVELLES *(Suite)*

4 *Juillet*. — M. FLORENTIN, Etude de l'amygdale pharyngienne chez les mammifères.

MEMENTO CHRONOLOGIQUE

6 JUILLET. — *Marseille*. Concours de medecin adjoint des hôpitaux de Marseille.

6 JUILLET. — *Alfort*. Ecole vétérinaire. Concours de de chef des travaux d'anatomie.

6 JUILLET. — *Paris*. Faculté de médecine. Ouverture du concours pour la nomination d'un médecin accoucheur des hôpitaux de Rouen.

7, 8 et 9 JUILLET. — *Paris, Bordeaux, Brest, Rochefort, Toulon*. Coucours d'admission à l'Ecole du Service de santé de la marine.

8 JUILLET. — *Paris*. Faculte de médecine, 9 heures. Ouverture du concours pour le clinicat médical (8 places) médical propédeutique (3 places) ; thérapeutique médical (3 places) ; de la tuberculose (4 places).

9 JUILLET. — *Paris*. Faculté de médecine. Séance de la Société de sexologie.

9 et 10 JUILLET. — *Versailles*. Ouverture du concours pour la nomination de douze internes en médecine (6 titulaires, et 6 adjoints).

10 JUILLET. — *Paris*. Faculté de médecine, 9 heures. Ouverture du concours pour le clinicat chirurgical (8 places) ; thérapeutique chrrurgical (1 place).

11 JUILLET. — *Paris*. Hospice national des Quinze-Vingts. Fermeture du registre d'inscription pour le concours de chef de clinique adjoiut d'ophtalmologie.

15 JUILLET. — Congrès de l'Association internationale pour l'étude des radiations. S'adresser à Nice, 24, rue Verdi.

16 JUILLET. — *Scheveningue et La Haye*. Fédération internationale des Sociétés d'eugénique.

16 JUILLET. — *Marseille*. Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences.

20 JUILLET. — *Paris*. Hospice national des Quinze-Vingts. Ouverture d'un concours pour trois emplois de chef de clinique adjoint à la clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts.

20 JUILLET. — *Bâle, Zurich, Berne*. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française.

25 JUILLET. — *Londres*. II[e] Congrès international de microbiologie.

27 JUILLET. — *Paris*. Congrès international d'hygiène mentale.

27 JUILLET. — *Berlin*. Congrès international de la médecine et du sport.

2 AOUT. — *Vienne*. Congrès dentaire international.

3 AOUT. — *Orléans*. — Ouverture d'un concours pour la nomination de quatre internes titulaires à l'hôpital d'Orléans.

6 AOUT. — *Honolulu*. Congrès de l'Association panpacifique de chirurgie.

CHRONIQUE DES LIVRES

Atti del 1° Congresso internazionale della Trasfusione del sangue, t. I (relazioni). Un volume de 192 pages avec 19 figures; pi x : 15 lires (*Milan* 1936).

Le premier Congrès international de la transfusion sanguine, organisé avec un plein succès par le professeur Leone Lattes de Pavie, s'est tenu à Rome du 26 au 29 septembre 1935 ; ses comptes rendus, publiés par les soins de l'*Associazone volontari italiani del sangue*, comprendront trois volumes ; le premier, qui vient de paraître, est consacré à la chronique du congrès et aux rapports, les deux autres volumes étant réservés aux communications. Chaque rapport publié dans la langue du rapporteur est suivi d'un résumé en italien, français, allemand et anglais ; presque tous ces rapports ont été l'objet d'une intéressante discussion ; en voici les titres : *le Séro-diagnostic (réaction de Wassermann) dans la transfusion*, par L. Hirszfeld (de Varsovie) ; *la Transfusion dans les armées* par A. Ritter (de Thurgau) ; *les Phénomènes d'autocatalyse et la transfusion*, par A. Bogolometz (d'Ukraine) ; *la Transfusion sanguine dans les maladies infectieuses*, par A. Tzanck (de Paris) ; *Indications anciennes et récentes de la transfusion*, par A.-M. Dogliotti (de Turin) ; *la Transfusion comme moyen thérapeutique de réaliser l'équilibre humoral*, par R. Stahl (de Breslau).

LUCIEN ROUQUÈS.

Les spécialités pharmaceutiques médicales. Un volume in-16, 436 pages, reliure souple.

Ce dictionnaire est édité par la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques médicaux, 27, rue du Cherche-Midi, Paris.

Groupant la documentation relative à environ 600 spécialités pharmaceutiques préparées par des laboratoires à publicité essentiellement médicale et scientifique, il présente pour le Corps médical un intérêt particulier.

Le médecin praticien ayant à choisir parmi diverses spécialités saura facilement trouver dans ces pages tout produit, tant chimiothérapique qu'opothérapique ou biologique, avec l'assurance qu'il est fabriqué par un laboratoire français, sélectionné à la fois dans sa compétence technique et dans sa sympathie vis-à-vis du Corps médical tout entier.



VARIÉTÉS

UN FILM PARLANT SUR LES ÉTAPES DE LA DARSONVALISATION DE 1888 A 1936

On sait que les premières applications thérapeutiques des courants de haute fréquence ont été faites, en 1888, par d'Arsonval, à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Actuellement, ces applications ont subi une énorme extension (diathermie, ondes courtes, etc.) et, dans cette même Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, elles font l'objet, matin et soir, du traitement d'un nombre, chaque jour croissant, de malades, dans le superbe pavillon créé par l'Assistance publique avec le concours du Conseil municipal de Paris.

Aussi l'idée est-elle venue au Dr Dausset, le si actif chef de service de la Policlinique physiothérapique Gilbert, et au si remarquable cinéaste Benoît-Lévy, de représenter, en un film parlant, les étapes de cette grande découverte française, en montrant d'Arsonval répétant, dans son laboratoire de Nogent, ses premières expériences de 1888 avec ses premiers appareils, et d'Arsonval visitant le service de l'Hôtel-Dieu et assistant à l'extension formidable de la « Darsonvalisation ».

Le grand savant s'est prêté, avec sa bonne grâce habituelle, à cette reconstitution. Malgré ses quatre-vingt-cinq ans, il a consenti à figurer, tel une jeune et photogénique star, sur le film de Benoît-Lévy et à faire fonctionner les appareils qu'il construisait lui-même il y a près de cinquante ans, en expliquant leur but et leur maniement.

Puis il s'est rendu à l'Hôtel-Dieu, accompagné par son fidèle ami le Dr Chauvois, conduisant lui-même son auto (car il est un des plus anciens chauffeurs de France).

La photographie que nous reproduisons le montre arrivant au Service central de Physiothérapie de la Policlinique Gilbert, où il est accueilli par le professeur Carnot et par le Dr Dausset, qu'avaient bien voulu venir assister les éminents électro-radiologistes Belot, Delherm, Ledoux-Lebard, ainsi que les représentants de l'Assistance publique M. Miret, inspecteur, et M. Dary, économe, entourés du chef de laboratoire de physique le Pr agrégé Dognon et des assistants les Drs Ferrier, Arraud, Lamy et Jarry.



Le professeur d'Arsonval est photographié devant le modèle actuel de son solénoïde qui, avec les ondes courtes, permet de faire de la fièvre artificielle. Il raconte, avec cette simplicité, cette finesse et cet esprit malicieux que chacun lui connaît, comment en 1888, à l'Hôtel-Dieu, où il n'y avait pas alors de courant électrique, il apportait ses piles, sa bobine, son éclateur, et que celui-ci faisait un tel bruit que la sœur de la salle, prise de frayeur, faisait de grands signes de croix en signe d'exorcisme...

« Je vois, termine-t-il en son film parlant, que mes expériences sont, non seulement réalisées, mais largement dépassées »...

Il était bon qu'un film scientifique réalisât ainsi les étapes, initiales et actuelles, d'une grande découverte française.

P. C.

REVUE DES CONGRÈS

IXe CONGRÈS DES PÉDIATRES DE LANGUE FRANÇAISE

Bordeaux, 28-30 mai 1936.

DISCUSSION

Professeur G. MOURIQUAND : **Remarques sur l'insulinothérapie.**

L'auteur rappelle l'instabilité du métabolisme des hydrates de carbone chez l'enfant, rendu évident par l'insulinothérapie. Des doses d'insuline nécessaires pour abaisser la glycosurie et la glycémie du petit diabétique au repos, peuvent être trop fortes et pourtant nocives chez l'enfant (activité, promenades, jeux, etc.). Le simple changement climatique, en facilitant l'utilisation des hydrates de carbone, peut favoriser les manifestations du type hypoglycémique. D'ailleurs ces accidents ne sont pas toujours dus à une hypoglycémie vraie (chute du sucre au-dessous de 1 gramme), mais à une simple dénivellation glycémique (passage de 5 grammes à 2 grammes, etc.).

Il faut, en principe, laisser une marge de sécurité à l'enfant (surtout en dehors de la surveillance étroite du médecin) et ne pas redouter une glycosurie ramenée à 20 grammes et une glycémie de 2 grammes (sans acétonurie) lorsque la nutrition de l'enfant est bonne.

Certaines insulino-résistances relèvent simplement de la trop grande richesse du régime en hydrates de carbone, d'autres de l'insuffisance hépatique,

Sous l'action prolongée de l'insuline, certaines fillettes, surtout vers la puberté, deviennent obèses (Rathery) et lymphatiques, jamais les garçons.

Un régime large est nécessaire à l'enfant. L'auteur préconise trois types de régimes suivant la gravité du diabète : régime à 5, 3 et 2 grammes d'hydrates de carbone. par kilogramme.

Professeur P. NOBÉCOURT, Paul DUCAS, et Mme LAROCHE : **Insulino-sensibilité du diabète infantile; fréquence des accidents hypoglycémiques au cours de son traitement par l'insuline.**

Les auteurs signalent la fréquence des accidents hypoglycémiques au cours du traitement ambulatoire du diabète chez treize enfants atteints de cette affection et traités depuis 1927 à la clinique des Enfants-Malades. Ils étudient le mode de réaction de ces malades d'une part à l'ingestion des hydrates de carbone, d'autre part à l'injection de l'insuline. Ils montrent l'inconstance des rapports qui existent entre l'apparition des accidents d'hypoglycémie et l'existence ou non d'une glycosurie, les variations de la glycémie, et les différentes modalités de répartition de l'insuline. Ils soulignent la marge étroite qui existe le plus souvent entre la dose d'insuline nécessaire pour faire disparaître une légère glycosurie persistant malgré les modifications de régime, et celle qui suffit à faire apparaître ces accidents. Cette grande sensibilité des malades à l'insuline est à rapprocher des formes spéciales de diabète isolées des enfants par Mouriquand sous le nom de « Diabètes difficiles à équilibrer » et par l'Ecole bordelaise sous le nom de « Diabètes à régulation glycémique instable » ou de « Diabètes insulino-sensibles ». Elle constitue un mode de réaction particulièrement fréquent chez l'enfant atteint de diabète.

Professeur P. NOBÉCOURT, Paul DUCAS et Mme LAROCHE : **Développement d'une hépatomégalie avec retard de la croissance staturale chez une fille diabétique traitée depuis trois ans par l'insuline.**

Parmi les enfants diabétiques traités à la Clinique médicale des Enfants, les auteurs isolent une observation caractérisée par son début au décours de la convalescence d'une varicelle, la persistance pendant plusieurs mois d'une glycémie normale ou même abaissée, l'âge précoce où apparaît le diabète (deux ans) et surtout le développement au cours de l'évolution d'une hépatomégalie coïncidant avec un ralentissement de la croissance staturale. Ce syndrome est à rapprocher d'une part des faits décrits par Mauriac, d'autre part de la maladie glygogénique et des polycories.

Il y a lieu de souligner la parfaite tolérance de cet enfant à l'insuline au début de son affection, époque où la glycémie est au voisinage de la normale, alors que par la suite avec des taux de sucre sanguin relativement élevés les accidents d'hypoglycémie furent relativement fréquents.

Professeur G. FANCONI (Zurich) : **Le traitement du diabète à l'hôpital des enfants de Zurich.**

Depuis environ trois ans nous traitons nos diabétiques — nous aurons bientôt atteint le nombre de 50 cas — avec un régime de fruits et de légumes pauvre en albumine. Je ne veux pas vous faire ici l'histoire de ce régime : c'était surtout l'observation d'un coma diabétique combiné avec urémie, qui était pour nous décisif. Je me borne à vous montrer les courbes d'un enfant de huit ans, d'un nourrisson de huit mois et demi et d'une adulte de quarante-trois ans.

1er *cas.* — Fille de huit ans. Entrée à la clinique le 17 octobre 1934 en état précomatique. La seringue à la main, nous nous décidons à la soigner sans insuline. Les premiers jours la petite ne reçut comme nourriture que de l'eau alcaline et des fruits crus, jusqu'à 700 grammes par jour en valeur de pommes. Le troisième jour on ajouta des légumes crus avec un peu d'huile, des légumes cuits avec peu de beurre et du lait d'amandes. Lentement la ration des graisses fut augmentée, deux jaunes d'œufs furent ajoutés ; après quelques jours l'acétonurie et la glycosurie avaient disparu ; après deux mois la petite put rentrer à la maison avec un régime assez simple, contenant 130 grammes d'hydrates de carbone, 101 grammes de graisse et 34 grammes d'albumine, dont seulement 12 grammes de provenance animale. Le régime était le suivant :

Petit déjeuner : 100 grammes de lait avec du café, 50 grammes de crème, 50 grammes de pain intégral.

A neuf heures : 200 grammes de fruits (valeur de pommes), 30 grammes de noix ou noisettes.

A midi : 100 grammes de salade avec 10 grammes


MÉTHODE DE WHIPPLE
SYNDROMES ANÉMIQUES
HÉPATHÉMO
DESCHIENS
FOIE DE
FRAIS
AMPOULES
SIROP
LABORATOIRES DESCHIENS
9, RUE PAUL BAUDRY, PARIS VIII[e]

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

d'huile, 300 grammes de légumes cuits avec 10 de lard, 60 grammes de pommes de terres, un jaune d'œuf.

A quatre heures : 200 grammes de fruits avec 10 grammes de crème.

Le soir : 100 grammes de salade avec 10 grammes d'huile, 300 grammes de légumes cuits, un jaune d'œuf, 100 grammes de fruits.

Pour toute la journée 50 grammes de beurre. De peur d'une carence d'albumine, nous permettons à nos diabétiques une ou deux fois par semaine 30 à 100 grammes de viande ou de foie de veau.

Avec ce régime la petite s'est bien développée. Un an et demi après le séjour à l'hôpital il ne se trouve dans l'urine que de petites quantités de sucre (jusqu'à 2 p. 100), pas d'acétone. La fillette n'a pas encore eu besoin d'insuline, bien qu'elle eût à la maison plusieurs infections, l'une avec un léger état précomateux, duquel elle sortit en se nourrissant pendant quelques jours exclusivement de fruits crus.

2e *cas*. — Coma à l'âge de huit mois. A cause de l'énorme glycolabilité (le sucre du sang varie le même jour avec deux fois 2 unités d'insuline entre 93 et 505 milligrammes p. 100), nous avions d'abord assez de difficulté pour améliorer l'état de l'enfant. Enfin il se développa très bien avec une nourriture très riche en calories qui se composa comme suit : 600 grammes de bananes, 400 grammes de babeurre, 200 grammes de lait albumineux, 5 grammes de beurre, 2 jaunes d'œufs, 50 grammes de tomates, 50 grammes de pommes de terre, 10 grammes de purée d'amandes ; ce qui représente 1 132 calories, 50 grammes d'albumine, 30 grammes de graisse, 163 grammes d'hydrates de carbone. Vu qu'il s'agit d'un enfant de paysans pauvres, nous modifions le régime pour la maison : les 600 grammes de bananes sont réduits à 200 grammes, on lui donne jusqu'à 500 grammes de pommes râpées crues, 150 grammes de cidre doux, 200 grammes de lait de vache, 2 jaunes d'œufs, 50 grammes de pommes de terre, 250 grammes de légumes. Plus tard on y ajoute de 5 à 20 grammes de beurre. Avec ce régime et 14 unités d'insuline par jour le petit se développe très bien aussi à la maison. Maintenant il est âgé d'un an et huit mois. Nous avons fait l'observation que chez les nourrissons et les enfants de la deuxième année il convient de donner moins de graisse et plus d'albumine, et une plus grande quantité d'hydrates de carbone que chez l'enfant plus âgé.

3e *cas*. — Ancienne assistante de notre hôpital, âgée de quarante-trois ans, diabétique depuis dix ans, insuline depuis six ans. Premier coma en février 1935. Depuis cette date elle ne se sent plus bien. A cause de fréquentes attaques d'hyperinsulinisme elle diminue l'insuline successivement jusqu'à deux fois 10 unités et les hydrates de carbone jusqu'à 44 grammes. Avec ce régime elle souffre souvent d'attaques cardialgiques. Malgré l'extrême réduction des hydrates de carbone elle perd une grande quantité de sucre (le premier jour à l'hôpital 57 grammes) et d'acétone dans les urines. La réserve alcaline est diminuée à 38,5 p. 1000. Après moins d'un mois de notre régime l'état s'est beaucoup amélioré, avec 40 unités d'insuline elle tolère 164 grammes d'hydrates de carbone, presque sans sucre dans les urines (4 à 19 grammes). La réserve alcaline est devenue presque normale déjà deux semaines après le commencement de notre régime. Les attaques cardialgiques ont disparu complètement, et maintenant une demi-année après le séjour à l'hôpital elle a repris de longtemps sa lourde pratique de médecin presque comme avant la maladie.

Notre cas le plus ancien entra à l'hôpital en septembre 1922 ; il eut par hasard son premier coma la même semaine en 1923, quand nous venions de recevoir les premières ampoules d'insuline de l'Amérique. Depuis il fit plusieurs comas, desquels on put le tirer grâce à l'insuline. En observant notre régime, l'insuline put être diminuée jusqu'à 38 unités. Maintenant il pense même à se marier.

Un autre garçon âgé de quatorze ans entra dans notre service dans un grave état précomateux le 17 février 1934. Sucre du sang : 777 milligrammes p. 100.

Après dix jours de notre régime l'insuline put être supprimée. Il s'est passé deux ans et trois mois ; depuis lors le jeune homme s'est bien développé presque toujours sans insuline, presque toujours sans perdre du sucre et de l'acétone dans l'urine.

Je me borne ici à citer ces exemples sans tâcher d'expliquer la raison du bon effet de notre régime pauvre en albumine et en céréales, à base de fruits et légumes.

Professeur Lereboullet et Gournay (Paris). — Les auteurs apportent des chiffres sur 30 cas de diabète infantile suivis depuis 1921, avec 3 décès, 35 cas suivis en ville avec 14 morts, où le traitement a été moins bien suivi.

Un cas débute à six mois — 57 p. 100 de garçons, 43 p. 100 de filles — sans influence notée de la syphilis, ni de la tuberculose ; diabète familial dans 2 cas. Dans un cas le diabète se manifeste deux mois après les oreillons, un mois après une crise abdominale pancréatique. Diabète consomptif habituellement. D'autres cas d'intensité modérée, versant parfois dans le diabète consomptif à l'occasion d'écarts de régime et d'interruption du traitement.

Quatre ou cinq cas de diabète rénal dont certains concernent des sujets aujourd'hui âgés, dont le diabète a été découvert bien avant la connaissance de l'insuline et est resté très bien supporté.

Chez les diabétiques traités, les infections, les opérations chirurgicales ont été bien supportées ; certains ont pu se marier, ont des enfants bien portants. Malgré certains incidents, même le coma survenu sous certaines influences diverses, nombre de cas ne montrent pas de progression et permettent d'éviter l'exagération des doses d'insuline.

Les morts, les désastres se sont montrés à l'occasion de cessation de la cure insulinique, d'un régime mal suivi, de maladies diverses avec arrêt de l'insuline. Ces cas contrastent avec la bonne tolérance du diabète correctement traité. L'absence d'intolérance des injections est un fait remarquable. La tuberculose obéit chez ces malades aux règles habituelles de la maladie à cet âge.

L'éducation des parents est nécessaire quant à l'examen des urines fractionnées, la correction de l'insulinothérapie, l'observance du régime ; l'étude de la glycémie, du poids sont des notions indispensables au succès.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Lors de la moindre maladie, la surveillance doit être plus sévère.

M. Armand-Delille (Paris) rappelle ce qu'il a vu chez le professeur Murray Cowie à l'Université de Ann Arbor (Michigan) : un effort pour rendre maxima l'efficience du traitement insulinique. De jeunes enfants se font à eux-mêmes leurs injections d'insuline, ils apprennent à doser le sucre dans leurs urines, à équilibrer leur ration alimentaire suivant une série de mêmes types, c'est l'enfant qui rappelle à l'ordre sa mère.

Professeur Dupérier (Bordeaux), oppose deux cas de diabète, l'un avec forte acétonie, traité par l'insuline qui avait pu être supprimée : il a actuellement une survie de trois ans sans incidents glycosuriques ou acétonuriques survenus depuis les accidents diabétiques graves qu'il avait brutalement présentés.

L'autre cas de diabète classique chez un fils de syphilitique, correctement traité par un régime bien équilibré et une insulinothérapie bien réglée, conserve une glycosurie marquée avec acétonurie malgré un état général apparemment satisfaisant.

Ces faits montrent l'incertitude du pronostic du diabète malgré nos moyens d'action.

Deuxième Question.

ÉPIDÉMIOLOGIE ET PATHOGÉNIE DE L'ACRODYNIE INFANTILE

Rapport de **MM. Péhu** et **J. Boucomont** (de Lyon).

I. — Épidémiologie.

Bien qu'il prête à critiques, on a adopté en France le terme d'acrodynie pour désigner l'important complexe symptomatique caractérisant cette maladie. A l'étranger, on l'appelle surtout « maladie de Selter-Swift-Feer ».

Il est bien établi que, entre l'acrodynie ancienne de 1828-1829-1830 ayant sévi à Paris et dans le Nord de la France d'une part, et l'acrodynie présentement observée d'autre part, il n'existe que des analogies lointaines. Le problème historique a été résolu dans le sens de la négative.

Pour établir avec exactitude la répartition géographique de la maladie actuelle, on se heurte à de multiples difficultés. Souvent, elle n'est pas reconnue. Elle n'est pas l'objet d'une déclaration obligatoire. De plus, elle est très inégalement répartie sur les divers pays du monde.

Il semble que l'acrodynie est apparue, en 1898, dans un village de la Ruhr. En France, elle est largement répandue. En Allemagne, elle est observée d'une façon prédominante dans le Sud-Ouest. La Belgique, les Pays-Bas, la Grande-Bretagne lui paient un tribut important. Beaucoup de pays sont peu envahis : Italie, Espagne, Portugal, Autriche, Hongrie, Bulgarie, Roumanie, Grèce, Turquie, Russie. Tandis que l'Australie, les Etats-Unis d'Amérique, sont sévèrement frappés, les Pays scandinaves sont à peu près indemnes. De l'Afrique, de l'Asie, nous ne savons à peu près rien.

Pratiquement, la répartition ne semble pas obéir à des lois géographiques ou climatériques définies. L'acrodynie ne se présente pas sous la forme d'une épidémie massive. Là où elle sévit, elle apparait sous la forme de petits îlots, constitués par des cas peu nombreux, sporadiques, sans tendance à l'extension. Dans une région, dans une province, certains territoires sont atteints plus que d'autres. Où que ce soit, l'acrodynie sévit principalement sur les populations rurales.

Ce qui frappe dans l'acrodynie, c'est l'âge auquel on la constate : de six mois jusqu'à trois ans. Au delà, elle est rare. C'est une maladie de la petite enfance. L'adolescent, l'adulte, en sont rarement atteints. La raison de cette particularité chronologique est incertaine. Il est probable qu'elle tient à une évolution spéciale du système nerveux, laquelle, dans cette période de la vie, le rend plus réceptif à certaines causes pathogènes.

C'est une maladie hiverno-vernale. En cela, elle s'oppose nettement à la poliomyélite, qui, elle, est estivo-automnale.

La question de sa contagiosité n'est pas catégoriquement résolue. On ne peut pas ne pas retenir ce fait que, dans les petits villages, dans les agglomérations d'une faible densité de population, le diagnostic de la maladie n'étant maintes fois établi que tardivement, les enfants ne sont pas l'objet d'un isolement ; et cependant la maladie ne se diffuse pas. Lorsqu'elle survient dans une famille nombreuse, on ne signale pas que d'autres cas soient survenus. Il est possible que la maladie soit disséminée par des cas frustes ou atténués, ou par des porteurs sains de germes. Dans la pratique, mieux vaut conseiller un isolement d'une durée de quelques semaines. Mais il ne faut pas se dissimuler que cette mesure est d'une application difficile.

MM. Péhu et Boucomont étudient, du seul point de vue de l'épidémiologie, les relations de l'acrodynie avec quelques maladies. On a soutenu que la maladie de Selter dérive de la grippe-influenza. Mais alors que l'influenza s'est présentée sous la forme d'épidémies et même, comme en 1918, d'une pandémie, l'acrodynie n'a commencé à se diffuser qu'à la fin du XIXe siècle, et ne présente aucune extension correspondant aux épidémies de grippe. En ce qui concerne la poliomyélite, la solution du problème n'est pas facile. On a publié quelques observations relatant l'apparition simultanée d'acrodynies et de poliomyélites dans un groupement familial ou dans un même village. Assez fréquemment, on note que ces deux maladies coïncident dans le temps et dans l'espace. Mais il faut tenir compte de ce que la poliomyélite est, dans certains pays, presque endémique. Si l'on veut accepter l'idée d'une relation certaine entre acrodynie et poliomyélite, il importe de spécifier à quelle époque exacte l'une et l'autre sont survenues. On doit tenir encore un grand compte de cette particularité que l'acrodynie est rare dans les Pays scandinaves, où, au contraire, la poliomyélite sévit avec intensité. Les liens entre ces deux maladies ne sauraient être niés. Mais ils sont peu étroits. En ce qui concerne l'encéphalite aiguë, ses relations avec l'acrodynie ne sont qu'indirectes.

II. — Pathogénie.

Pour expliquer la nature de la maladie de Selter, plusieurs théories ont été émises.

Il est vraisemblable qu'elle a une cause infectieuse. On

A TOUTE APPLICATION DE L'ANTISEPSIE LOCALE CORRESPOND UNE FORME DE LA

CLONAZONE DAUFRESNE



REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

a invoqué les microbes banaux, ou, mieux, un virus neurotrope filtrable, mais ce virus n'a pas été identifié. L'expérimentation n'a pas reproduit les traits complets de la maladie.

On a pensé à une origine surrénale (Kühl), à une origine poly-endocrinienne (Rietschel). Que l'aerodynie soit accompagnée d'altérations glandulaires, en particulier surrénales, on ne saurait le nier, mais une pathogénie uniquement endocrinienne ne peut expliquer toutes les manifestations cliniques de cette maladie.

La carence ne semble pas en cause. L'argument capital est qu'on a observé l'aerodynie chez des enfants nourris uniquement au sein.

C'est seulement dans des cas déterminés qu'un facteur alimentaire intervient : lorsqu'il s'agit, non de l'aerodynie communément observée, mais d'un syndrome aerodyniforme, désigné sous le nom d'ustilaginisme. Celui-ci a été observé en Yougoslavie par le professeur Mayerhofer (de Zagreb). Il est dû à l'ingestion de maïs altéré par l'*Ustilago maïdis*, qui est au maïs ce que le *Claviceps purpura* est au seigle.

C'est à la théorie végétative qu'il faut accorder un réel crédit. Pour la soutenir, nombre d'arguments peuvent être invoqués. Déjà, l'anatomie pathologique en fournit quelques-uns. Toutefois, à l'heure actuelle, les examens anatomiques, peu nombreux, sont trop souvent faits incomplètement. Des causes d'erreurs interviennent pour fausser les résultats. Néanmoins, il est indiscutable que l'aerodynie a pour substratum anatomique une inflammation du système neuro-végétatif dans son ensemble. Les lésions sont discrètes, d'une découverte souvent difficile et certainement réparables, puisque le plus souvent la maladie guérit sans laisser aucune trace.

Les recherches diverses de laboratoire n'ont pas apporté d'éléments décisifs. Au surplus, elles n'ont pas été entreprises avec l'ampleur et la continuité nécessaires. On manque de renseignements utiles sur les perturbations apportées dans la constitution chimique du sang au cours de l'aerodynie. Il serait cependant d'un haut intérêt de connaître la teneur de celui-ci en sucre, en adrénaline, en Ca, etc.

Les recherches entreprises avec des substances pharmaco-dynamiques, dans le but de caractériser le trouble général du sympathique et les perturbations plus spécialisées de l'ortho ou du para, n'ont pas abouti à des conclusions fermes. C'est surtout à l'observation clinique qu'il faut demander des renseignements. La riche symptomatologie de l'aerodynie plaide en faveur d'une perturbation végétative. Comment, en effet, expliquer d'autre façon l'amaigrissement prononcé, les modifications profondes du sommeil et du psychisme, l'hypotonie musculaire, les modifications symétriques des extrémités, l'hypersécrétion sudorale, salivaire et lacrymale, la tachycardie, l'augmentation marquée et insolite de la pression artérielle, toutes manifestations donnant à l'aerodynie une physionomie si particulière ?

Les enseignements fournis par la thérapeutique sont également d'une grande signification c'est par les agents

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

modificateurs du système sympathique, principalement par les rayons ultra-violets, qu'on obtient les résultats les plus encourageants.

III. — Vue synthétique.

L'acrodynie infantile paraît être engendrée par une altération plus ou moins étendue du système végétatif. C'est ce que, depuis plusieurs années, ont soutenu Selter, Feer, Haushalter, Péhu et ses élèves. M. Kuiper estime avec raison que, plus spécialement, il faut incriminer le diencéphale, et dans celui-ci la région sous-thalamique, comprenant aussi le troisième ventricule. Or, les manifestations cliniques ci-dessus énumérées, caractérisant l'acrodynie, évoquent l'idée d'une perturbation des noyaux végétatifs situés dans cette région : ces centres sont chargés de régler les échanges organiques, divers métabolismes et le tonus vasculaire. C'est à cette hypothèse d'une perturbation végétative, et plus spécialement d'une excitation anormale de l'ortho-sympathique, que les rapporteurs se rallient.

De cette hypothèse doivent être déduites des conséquences thérapeutiques, à savoir la nécessité de combattre ce désordre du système végétatif.

En définitive, l'acrodynie infantile mérite d'occuper une place définie, bien délimitée, dans le groupe des maladies nerveuses. Nouvelle venue en pathologie, elle doit être considérée comme une entité nosologique.

DISCUSSION

Professeur G. Mouriquand, Sédallian et Mlle Weill (Lyon) apportent les observations de 6 enfants atteints d'acrodynie, qui deux par deux vivaient dans les mêmes locaux ou des locaux voisins, et étaient en contact avec les mêmes personnes. Ces faits posent la question de la contagion de l'acrodynie.

Professeur G. Mouriquand, Dechaume et Sédallian (Lyon) apportent les résultats d'inoculations des centres nerveux d'acrodyniques au lapin. Ces auteurs (écartant l'encéphalite épidémique du lapin) ont pour la première fois obtenu (au cours de plusieurs passages) des lésions encéphalitiques et sympathiques chez les lapins inoculés. Ces faits orientent vers l'idée de l'origine infectieuse de l'acrodynie, sans doute attribuable à un virus filtrant.

P. Rohmer, Mlle Jung et F. Klein (Strasbourg) : **Un cas d'acrodynie avec participation prédominante du système cérébro-spinal.**

Les auteurs rapportent l'observation d'une fillette de

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

près de trois ans, chez laquelle une faiblesse musculaire progressive, s'étendant à tous les membres et même à la nuque, une hypotonie extrême, l'absence d'une paralysie vraie, une sudation et légère desquamation aux pieds et aux mains, un trémor myoclonique des mains, une hypertension artérielle, le changement du caractère permettent de faire le diagnostic d'acrodynie. Le cas se distingue des formes habituelles par l'existence de réactions de dégénérescence partielle sur tous les territoires atteints, ce qui implique l'existence de lésions spinales périphériques étendues. Tous ces symptômes sont, au moment où la communication est faite, en pleine régression, ce qui parle également en faveur du diagnostic.

M. le Dr BEUTTER (de Saint-Étienne) a observé une série de cas dans la Loire. Ensuite étendue à la Haute-Loire, l'Allier, le Puy-de-Dôme, 126 cas observés depuis 1925.

Profession, hygiène, sexe, climat, régime alimentaire, situation géographique, topographie des rivières, épizooties concordantes n'ont fourni aucun fait précis. Les cas auraient été plus nombreux en ville, à l'inverse de ce qui est classique. A noter comme faits consécutifs, deux cas de pleurésie, deux cas d'arthrite non tuberculeuse, prolapsus rectal.

Sur ces 126 cas, 7 cas mortels, 4 fois par bronchopneumonie, une fois sans signes surajoutés à l'acrodynie, un cas de mort subite. Trois fois deux cas ont sévi sur une meme famille; un cas a suivi un autre à six ans d'intervalle après déménagement de la famille.

Un enfant placé dans le même box qu'un acrodynique a pris aussi l'acrodynie. Toutes épreuves neuro-végétatives, tous examens de laboratoire ont été négatifs. Nécessité de la collaboration des médecins pour signaler les cas nouveaux.

M. le Dr ARMAND BÉRAUD : 29 cas d'acrodynie de six mois à sept ans dans la région rochelaise : les cas prédominent le long des cours d'eau et dans les régions marécageuses, à prédominance automno-hivernale, et surtout à la campagne, coïncidant pour Rochefort avec une recrudescence de névraxite.

Le nervosisme survit à la maladie. Un cas mortel après poussées, durant dix-huit mois, terminé par bronchopneumonie ; un autre et un troisième qui serait mort après accidents de gangrène et perte de plusieurs doigts. Dans les suites chez un autre paralysie faciale et abolition du réflexe rotulien unilatéral. Guérison en trois mois. Dans un cas, coïncidence avec une varicelle. D'autres ont été observés en même temps que des faits de névraxite ou de poliomyélite.

M. le Dr CANTORNÉ (de Bordeaux) cite le cas d'un enfant hypersomnique, atteint de fièvre, convulsions, suivies de spasmes lévogyres de la tête et des yeux, non douloureux, se reproduisant dès qu'on déplace la tête, et coïncidant avec des signes d'hémiparésie spasmodique droite et des secousses myocloniques à droite.

Une excitation intense avec troubles du caractère, hypotonie intense, amaigrissement, abolition des réflexes d'abord exagérés, tachycardie vinrent aggraver le tableau.

L'aspect des mains, des pieds, le gonflement des genoux, la desquamation précisent le diagnostic d'acrodynie terminée par guérison en quatre mois sans séquelles. Il semble s'agir de la succession d'accidents encéphaliques et d'acrodynie. Certains accidents végétatifs avec troubles de torsion semblent se rapprocher d'accidents post-encéphalitiques; la localisation au diencéphale paraît ici encore se retrouver.

M. FOURCADE: Traitement de l'acrodynie infantile par les ondes courtes.

M. BINET (Alger) : Acrodynie ; météoropathologie.

M. E. POREZ (Lille) : 40 cas personnels d'acrodynie. Considérations pathogéniques.

Ve CONGRÈS FRANÇAIS DE GYNÉCOLOGIE

Paris, 18-24 mai 1936 (1).

Le Ve Congrès français de gynécologie s'est ouvert à Paris le 18 mai, sous la présidence de M. Dartigues (Paris) et la présidence d'honneur de M. le professeur Alfieri (Milan).

Ils étaient assistés de M. le professeur Pierre Mocquot, de M. Félix Jayle, de M. Maurice Fabre, secrétaire général, et de M. Turpault, secrétaire de la Société de gynécologie.

Dans la très nombreuse assistance, on remarquait MM. les professeurs Daniel (Bucarest) ; Douglas-Muller (Edimbourg) ; Schockaert (Louvain) ; Gayfami (Rome) ; Ercole Cova (Turin) ; Opocher (Trévise) ; Mlle L. Quadras-Borde (Barcelone) ; MM. Dauwe (Anvers) ; Krafft (Lausanne) ; de Blasi (Gênes) ; MM. les professeurs Guyot et Jeanneney (Bordeaux) ; Vanverts et Favereau (Lille) ; André Binet (Nancy) ; André Chalier (Lyon) ; MM. Pierra (Luxeuil) ; Violet et Cotte (Lyon) ; Sappey (Grenoble) ; Mazeran (Châtel-Guyon) ; Mme Sosnowska (Paris) ; Mme Francillon-Lobre (Paris) ; M. Sénécha (Paris).

Les discours d'ouverture furent prononcés par MM. Alfieri, Dartigues et Maurice Fabre.

1er RAPPORT. — M. le professeur agrégé André BINET (Nancy). — **Considérations générales sur la stérilité chez la femme.** — L'auteur examine la question au triple point de vue historique, social et philosophique. Cette très remarquable étude l'amène à évoquer la mission du médecin.

« Dans tous ses actes professionnels, le médecin devra se garder de décourager, sans raisons péremptoires, les volontaires de la maternité. Trop de ménages se targuent, souvent à tort d'ailleurs, de recommandations ou de prescriptions médicales pour esquiver leurs devoirs.

« Le rôle du médecin sera, au contraire, de combattre les préjugés égoïstes, les calculs à courte vue. Il montrera que, contrairement à l'illusion courante, la famille, loin d'être pour l'individu une faiblesse, est au contraire une force, en le multipliant, en l'élargissant, en l'élevant au-dessus de lui-même et au-dessus des autres. Et puis, les enfants sont la gaîté du foyer, la raison d'être de l'existence, la consolation et la sécurité de la vieillesse.

(1) *Association de la Presse médicale française.*

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

« Le conseiller familial démontrera aussi, sans peine, que, pour obtenir de beaux produits, il n'est pas indispensable de se comporter toujours en fidèles disciples de cette science moderne à dénomination prétentieuse : l' « Eugénique » ; car celle-ci en est, de nos jours, à la période des balbutiements.

« Le médecin soulignera encore le rôle bienfaisant dans la vie de la femme, de la maternité. N'est-elle pas le meilleur antidote des caprices et des dérèglements mentaux si fréquents dans les classes stériles ?

« Le médecin réveillera donc les énergies assoupies et cultivera de son mieux la petite fleur vivace qui persiste au cœur de la plupart des femmes et même de la plupart des hommes : l'amour de l'enfant.

« Toutefois, il devra parfois faire comprendre les inconvénients d'une sensibilité maternelle trop aiguë. Car, si paradoxal que cela paraisse, la fièvre même de la maternité peut stériliser certaines femmes. Elles ont un bébé, un seul, qui absorbe à tel point leur affection, leurs soins, leur temps, qu'elles se refusent à en avoir d'autres, par crainte de subir les mêmes épreuves.

« On peut d'ailleurs délivrer ces mères, à tendresses féroces, des inquiétudes perpétuelles auxquelles les condamne leur enfant unique, en leur laissant entendre l'adage bien connu :

« Ayez un enfant, vous en serez esclave, ayez-en six, « vous en serez maître. »

« Enfin, un dernier devoir incombe au médecin, celui-ci intimement lié à la pratique de son art et, par conséquent, aux yeux de tous indiscutable : il doit mettre au service de la femme qui se confie à lui toute sa science et toute sa conscience pour lever les obstacles à la procréation. C'est pour dresser un plan de bataille contre cette stérilité d'ordre pathologique que se réunit ce Congrès. »

Dans un 2e RAPPORT, M. le professeur Ch. CHAMPY (Paris) étudie la **physiologie de la fécondation et de la nidation.**

« Ce qui intéresse le gynécologue, c'est de savoir quelles causes peuvent empêcher la fécondation de se produire.

« Je ne parlerai que pour mémoire de l'imperméabilité tubaire, cause fréquente, facile à saisir et qui peut être curable. Mais ce que nous venons de dire nous en indique déjà de plus obscures et de moins radicales.

« Les spermatozoïdes peuvent-ils être altérés ? Cela paraît rare. La spermatogenèse dans le tube séminifère des mammifères est si fragile que la moindre perturbation l'arrête avant qu'on arrive au stade spermatozoïde et crée une aspermatogenèse complète. Quand le spermatozoïde est achevé, il est en règle générale normal.

« Les anomalies, les lésions pathologiques des glandes annexes mâles peuvent jouer un rôle qui n'est pas facile à définir, mais qui peut être important. Les lésions du col utérin ne sont pas elles-mêmes sans rendre difficile la fécondation, non seulement par sténose, mais peut-être aussi par lésions inflammatoires, altérant les ferments normaux, ce qui explique le succès observé parfois de la fécondation artificielle, quand les fécondations naturelles ne réussissent pas.

« Les lésions utéro-tubaires jouent un rôle non seulement en gênant la fixation de l'œuf, mais en rendant difficile la longue ascension des spermatozoïdes. On comprend que la destruction inflammatoire des cils tubaires, qui par leur mouvement orientaient la progression des spermatozoïdes, peut y mettre obstacle. Les exsudations inflammatoires un peu abondantes formeront, d'autre part, une sorte de flot diffile à remonter. Il y a donc toute une série de causes de stérilité indépendantes des phénomènes de fécondation proprement dits, qui peuvent tenir aux inflammations ou altérations du tractus génital de l'un ou de l'autre sexe. Elles ne paraissent ni permanentes, ni absolues, mais peuvent diminuer considérablement les chances de fécondation.

« Mais il semble bien qu'une cause plus importante réside dans les difficultés de fixation de l'œuf.

« Normalement l'œuf fécondé se segmente dans la trompe et arrive dans l'utérus déjà sous forme de jeune embryon.

« Lors de son expulsion, le follicule se transforme rapidement en un corps jaune. Cet organe joue un rôle essentiel sur la fixation de l'œuf. Fränkel en a fait la démonstration sans explication. Ancel et Bouin ont montré qu'il déterminait chez la lapine une transformation de la muqueuse utérine qui est d'ailleurs propre à cet animal. Champy et Gley, puis Champy et Keller ont les premiers dissocié nettement l'action du follicule et celle du corps jaune sur le tractus génital et montré que celui-ci détermine par voie endocrine la formation d'une caduque. Ceci est actuellement universellement confirmé.

« Or, la caduque, ainsi que l'a montré Zymanovicz, débute dès le dix-huit ou dix-neuvième jour des règles chez la femme, croît jusqu'au vingt-huitième jour et avorte aux règles suivantes s'il n'y a pas fécondation.

« Il ne semble pas que l'œuf puisse se fixer, l'expérimentation chez l'animal le montre, dans un utérus où la caduque n'a pas au moins débuté. L'irritation locale, dont Loeb ferait la cause principale, ne joue qu'un rôle accessoire, c'est le corps jaune qui joue le rôle principal.

« Il est probable que les anomalies du rythme de maturité des follicules, dont les causes sont nombreuses, entraînent des anomalies de la formation de la caduque préjudiciables à une fixation normale de l'œuf. Mais ces phénomènes sont encore mal connus.

« Il est enfin à supposer qu'il y a des *incompatibilités humorales* qui rendent la fécondation impossible. Les faits biologiques le suggèrent. La clinique montre parfois qu'une femme stérile dans un premier mariage devient féconde dans un second...

« Existe-t-il chez l'homme des incompatibilités de cette sorte ? Je ne crois pas que ce soit très étudié, mais c'est très vraisemblable... »

3e RAPPORT. — **Étude étiologique et clinique de la stérilité.** — M. Jean SÉGUY (Paris). — La stérilité involontaire est chose relativement fréquente, puisqu'elle frappe environ 15 p. 100 des ménages.

On peut dire qu'il y a stérilité lorsqu'un couple ayant des rapports sexuels réguliers est resté trois ans sans avoir d'enfant.

Le rapport de M. Séguy passe en revue toutes les causes de la stérilité conjugale.

Pour qu'il y ait fécondation, il faut d'abord des sperma-

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

tozoïdes et des ovules de bonne qualité. Les causes qui peuvent léser testicule et ovaire et donner les gamètes déficients font l'objet du premier chapitre du rapport

Un spermatozoïde normal ne peut aller à la rencontre d'un ovule sain que si le long canal vecteur, mi-partie masculin, mi-partie féminin, qui, de l'épididyme va jusqu'au pavillon de la trompe, est perméable. Les lésions du canal vecteur entre testicule et ovaire font l'objet d'un deuxième chapitre.

Mais l'intégrité anatomique ne suffit pas ; il faut, pour que le spermatozoïde et l'ovule se rencontrent, un certain nombre de conditions physiologiques. La stérilité par trouble du mécanisme biologique normal fait l'objet d'un d'un troisième chapitre.

Enfin, dans un quatrième chapitre, l'auteur étudie les stérilités dues à l'impossibilité de nidation de l'œuf fécondé.

C'est avec raison que l'auteur, en terminant, souligne les difficultés matérielles auxquelles se heurte en France tout progrès dans la solution de ce problème de la stérilité auquel il s'intéresse particulièrement depuis plus de dix ans.

Les problèmes gynécologiques, dont la stérilité n'est qu'un cas particulier, sont devenus trop complexes pour être abordés par un chercheur isolé. Il faut pour progresser que plusieurs compétences : biologiste, chimiste, anatomo-pathologiste, travaillent en symbiose étroite avec le clinicien.

Souhaitons que l'on comprenne cela en haut lieu et que l'on organise des centres de diagnostic et de traitement de la stérilité bien outillés, comprenant :

Des urologues et des gynécologues, car il est illogique de dissocier la stérilité masculine de la stérilité féminine ;

Des chimistes spécialisés dans les recherches hormonales comme il s'en forme en Allemagne et en Angleterre à l'école de Buttenandt et de Marrian ;

Des physiologistes, qui ne manquent pas en France ni par le nombre ni par la qualité, mais qui trouveraient avantage pour leurs recherches de laboratoire à être en rapport plus étroit avec le clinicien et à profiter de ses observations quotidiennes.

Si par bonheur une telle organisation voyait le jour, le rapporteur pense que ce serait un moyen non négligeable de lutter contre la dénatalité.

4e RAPPORT. — **Le traitement médical et chirurgical de la stérilité féminine.** — M. André CHALIER (Lyon). — Après quelques considérations générales sur la stérilité masculine et la stérilité conjugale, le rapporteur montre que la stérilité féminine ne doit être traitée qu'après deux ou trois ans de « cohabitation non restrictive » et d'infécondité avérée, et après avoir éliminé toutes les contre-indications d'ordre général (celles de la grossesse) et d'ordre local (infections génitales, âge trop avancé).

Le rapport proprement dit comprend trois parties.

La *première partie* est consacrée à l'étude des *petits moyens*, c'est-à-dire des conseils gynécologiques qu'il est d'usage de donner aux femmes stériles (choix du moment, manière la plus favorable de coïter, précautions après le coït). Etudiant très complètement la *fécondation artificielle*, M. A. Chalier précise les indications, assez restreintes, masculines et féminines, de cette petite intervention qui, pour réussir, nécessite deux conditions primordiales : la perméabilité tubaire d'une part, la validité du sperme injecté d'autre part. A ce sujet, est discutée l'utilisation du sperme d'un donneur. La technique de l'insémination est des plus simples, mais demande beaucoup de minutie. Les résultats peuvent être bons, mais seulement dans les cas rarissimes où la fécondation artificielle est réellement indiquée.

La *deuxième partie* étudie le traitement des stérilités par lésions ou par troubles fonctionnels du tractus génital, c'est-à-dire :

1° *Les stérilités d'origine vulvo-vagino-périnéale* ; ici intervient une notion assez nouvelle, celle de l'*hyperacidité des sécrétions vaginales* ;

2° *Les stérilités d'origine utérine* : malformations utérines, hypoplasies utérines, sténoses cervicales, déviations utérines, fibro-myomes utérins, cervicites chroniques, obstacles à la nidation. Les développements les plus intéressants de ce chapitre concernent le *tubage utérin*, qu'il soit pratiqué avec un tube rigide (Iribarne) ou avec un tube élastique (Donay), et qu'il soit ou non associé à une discision du col sténosé.

3° *Les stérilités d'origine tubaire.* Après avoir montré l'importance, pour la prophylaxie de la stérilité, des opérations conservatrices dans les annexites, Chalier étudie successivement la désobstruction des trompes oblitérées par l'insufflation et par l'injection intratubaire de lipiodol (de nombreuses statistiques en établissent les bons effets), puis la chirurgie plastique et réparatrice des trompes au moyen des nombreuses opérations qui ont nom salpingolysis, salpingostomie, salpingo-ovaro-syndèse, salpingectomie partielle avec adaptation tubo-utérine, salpingectomie totale avec greffe ovarienne libre ou avec implantation ovaro-utérine. Chacune de ces opérations a été étudiée avec sa technique, ses indications, ses résultats.

La *troisième partie* est réservée aux *stérilités d'origine ovarienne* (stérilités de causes endocriniennes, stérilités d'ordre général). Vient d'abord le traitement général, où sont étudiés notamment les rapports pathogéniques, donc thérapeutiques, entre l'obésité et la stérilité, entre la syphilis et la stérilité. Vient ensuite le traitement endocrinien avec le mode d'action et d'application de la folliculine et de la lutéine. Enfin le traitement chirurgical comprend la chirurgie conservatrice de l'ovaire, en particulier dans l'ovarite scléro-kystique, si fréquemment rencontrée dans la chirurgie plastique de l'ovaire (ovariolysis, ovariopexie), et enfin la chirurgie trophique de l'ovaire (greffe ovarienne hémoplastique, énervation de l'ovaire).

De l'ensemble de ce rapport, remarquable par sa documentation et sa clarté, se dégage une notion optimiste : s'il reste encore des stérilités dont la cause nous échappe et dont la nature dépasse nos moyens d'action, il en est beaucoup de curables, 50 p. 100 environ. Mais à côté des stérilités « bénignes », aisément curables, il en est de complexes qui exigent de la ténacité et de la volonté de part et d'autre et qui nécessitent souvent un traitement multiple : local, général et endocrinien.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Assemblée générale de la Société française de gynécologie. — Cette Assemblée générale eut lieu le dernier jour du Congrès, sous la présidence de M. F. Jayle.

Différentes résolutions furent votées :

1° Les membres de la Société qui auront rempli les fonctions de président du Congrès feront partie de droit et en surnombre du *Conseil d'administration* de la Société.

2° Mme Meurs-Blatter, MM. Jeanneney, Papillon, Turpault, Villard et Violet furent élus *membres du Conseil d'administration.*

3° Sur la proposition de M. Sappey (de Grenoble), un vœu est adopté demandant que les *cures thermales* gynécologiques ne soient pas limitées à vingt et un jours, suivant la formule habituelle. Ces cures devront pouvoir être prolongées suivant les indications du médecin traitant.

4° *Congrès de* 1937. — Le Congrès aura lieu le 14 mai 1937, à Toulouse, sous la présidence d'honneur de M. le professeur Daniel (de Bucarest) et sous la présidence effective de M. le professeur Mériel (de Toulouse). La question à l'ordre du jour sera : *le cancer du col utérin.*

Réceptions. — Un certain nombre de réceptions très agréables accompagnèrent le congrès. M. Dartigues reçut les invités le premier soir, avant la représentation théâtrale du théâtre Michel, offerte aux congressistes.

Le banquet du Congrès, qui eut lieu le lendemain, réunit près de 400 convives au Pavillon Dauphine. Des toasts chaleureux furent portés par le président Dartigues, le professeur Daniel (de Bucarest) et le professeur Alfieri (de Milan).

Enfin le dernier jour, avant le départ pour la visite des hôpitaux de Londres, eut lieu une soirée au cours de laquelle M. Jayle reçut la médaille offerte par ses élèves et amis.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 juin 1936.

Eaux minérales d'Algérie. — M. Lasnet, au nom de la Commission des Eaux minérales, propose que soient adoptées les propositions du Gouvernement général de l'Algérie en vue de simplifier les formalités actuellement exigées pour l'ouverture des stations hydrominérales.

La Commission propose que les Stations soient divisées en deux catégories : les *grandes stations*, soumises aux mêmes conditions que dans la métropole. Les *stations secondaires*, dont l'organisation est très réduite et qui sont fréquentées par la population locale surtout dans un but d'hygiène. Pour ces dernières stations, les formalités devront être accomplies sur place, sous la réserve que les analyses faites en Algérie soient soumises au contrôle de l'Académie de médecine.

La Commission a exprimé le vœu que l'administration algérienne s'efforce de développer les stations climatiques si intéressantes qui existent aussi bien dans les territoires du Sud que dans les trois départements.

Respiration artificielle. — M. André Mayer, au nom de la commission des asphyxies, apporte une réclamation de priorité au sujet de la méthode H. N.

Cette méthode est due au colonel danois Holger-Nielsen. Elle est un perfectionnement de la méthode Schafer. Comme cette dernière, elle se pratique en decubitus ventral, mais elle comprend un deuxième opérateur qui, agissant sur les bras, soulève les épaules de manière à soulager le thorax et à faciliter l'inspiration.

Modifications de l'excitabilité nerveuse dans la lèpre des rats. — MM. B. Chauchard et V. Chorine constatent que les rats lépreux, bien qu'ils n'aient aucune apparence de lésions du système nerveux, présentent des modifications de l'excitabilité; d'une part, hyperexcitabilité périphérique due vraisemblablement à un état irritatif s'expliquant par la présence de lésions importantes des méninges ; d'autre part, action de subordination des centres d'ordre nettement pathologique.

Sur l'identité du « Bacillus funduliformis » et du Fusobacterium nucleatum », agents de septico-pyohémies posangineuses. — MM. Lemierre, Grumbach et Reilly. — Les angines et surtout les amygdalites phlegmoneuses sont parfois le point de départ de septico-pyohémies à microbes anaérobies présentant des caractères cliniques très spéciaux et d'une extrême gravité.

Dans les cas de cet ordre observés à Paris, et notamment à l'hôpital Claude Bernard, pendant ces dernières années, c'est presque toujours un bacille anaérobie gram-négatif, le *Bacillus funduliformis* de Hallé, qui a été isolé du sang par hémoculture et du pus des localisations secondaires. A Zurich, chez plusieurs malades atteints de septico-pyohémie post-angineuse, c'est également un bacille anaérobie gram-négatif qui a été trouvé et qui a été assimilé au *Fuso-bacterium nucleatum* de Knorr.

MM. A. Lemierre et Jean Reilly, d'une part, M. A. Grumbach d'autre part, ont récemment étudié parallèlement les souches microbiennes isolées à Paris et à Zurich en employant les mêmes procédés de culture et d'identification. Ils ont constaté que le *Bacillus funduliformis* et le *Fuso-bacterium nucleatum* ne sont en réalité qu'un seul et même germe.

Les auteurs font remarquer que de nombreuses observations existent dans la littérature médicale où des bacilles anaérobies gram-négatifs ont été désignés comme étant les agents des septico-pyohémies post-angineuses. Mais ces bacilles ont reçu, suivant les observateurs, des appellations diverses.

MM. A. Lemierre, A. Grumbach et J. Reilly estiment qu'il y aurait un grand intérêt à s'entendre sur les techniques à employer pour l'identification de ces microbes, dont une espèce au moins, celle qu'ils ont eux-mêmes étudiée, joue peut-être un rôle prépondérant dans la genèse des septico-pyohémies post-angineuses.

Discussion sur le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. — I. *Considérations générales sur les indications et les résultats du traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire.* — M. Emile Sergent s'est attaché, avec ses collaborateurs, les Drs Pierre Pruvost et René Mignot, à dégager les considérations générales qui

---

constituent les principes directeurs du traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. Après avoir rappelé les grandes étapes historiques des progrès magnifiques accomplis sur ce domaine durant ces dernières années, les auteurs insistent sur la nécessité absolue de préciser, avec la netteté la plus grande possible, les contre-indications et les indications du recours chirurgical. Cette précision ne pourra être établie que par une collaboration étroite, intime, constante, entre le médecin et le chirurgien. C'est grâce à elle seulement qu'on parviendra à assurer les meilleurs résultats à l'acte opératoire accompli en commun.

Les médecins s'inclinent avec admiration devant la maîtrise acquise par les chirurgiens ; mais ils ont le droit de faire remarquer que le résultat d'une intervention chirurgicale ne peut être considéré comme bon que si le malade tire un réel profit de l'opération, constatation que les suites lointaines de l'intervention permettront seules d'apprécier.

La première considération générale que soulignent les auteurs est celle-ci : l'intervention chirurgicale ne peut trouver son indication que si le pneumothorax thérapeutique ne peut être réalisé, et s'il n'existe aucune contre-indication due à la déficience de l'état général, au mode évolutif des lésions, à leur extension bilatérale...

Ils terminent la mise en relief de ces considérations générales par un bref aperçu des considérations particulières à chacun des procédés opératoires, aussi bien du point de vue des indications respectives que des résultats.

Ces considérations particulières seront précisées dans leurs détails par les auteurs des rapports consacrés à la thoracoplastie, sous ses diverses formes, aux interventions sur le phrénique...

II. **Technique opératoire et résultats de diverses thoracectomies pratiquées pour des lésions tuberculeuses du poumon.** — M. Léon Bérard (de Lyon) expose les progrès prodigieux de la chirurgie thoracique. Issue de la méthode de Forlanini, la thoracoplastie a évolué parallèlement à cette dernière. Après les tâtonnements du début, nous voyons s'affirmer mieux chaque jour la maîtrise des chirurgiens collapsothérapeutes et s'enrichir la variété des ressources dont ils disposent.

En ce moment même, la notion de détente pulmonaire établie par Parodi, Dumarest, Dumont et Lefèvre, nous ouvre des horizons encore plus larges. Comme le pneumothorax, la thoracoplastie peut désormais prétendre à réaliser l'électivité. Mais, alors que, dans le pneumothorax, cet heureux phénomène est dû à la rétraction spontanée du tissu pathologique, dans l'intervention chirurgicale, il ne peut être que le fait de la volonté de l'opérateur et de la logique de son action.

Fosse septique et moustiques. — M. J. Legendre, qui découvrit les moustiques de fosse d'aisance, fit aussi connaître les moyens de les y faire périr en siphonnant le siège, grillageant l'évent et rendant hermétique le tampon de vidange.

Ces moyens, efficaces pour la fosse fixe, ne suffisent pas pour la fosse septique, dont le conduit de trop-plein, qu'on ne peut ni siphonner, ni grillager, laisse échapper les Culex stercoraires dans l'égout pluvial et, de là, dans les habitations riveraines. La fosse septique ne doit être tolérée que si son trop-plein s'épand dans le sol, n'offrant aucune issue aux moustiques.

Blennorragie et métabolisme protido-lipidique. — MM. A. et R. Sartory et Meyer

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 26 juin 1936.

Erythème rhumatismal (érythème marginé en plaques discoïdes de Bernier, érythème annulaire de Lehndorff et Leiner). — M. H. Grenet montre que, si les éruptions de la maladie rhumatismale sont rares, il existe pourtant des érythèmes qui paraissent lui être assez particuliers et sur lesquels il a attiré l'attention depuis l'année 1928. Il s'agit d'un type observé autrefois par Rayer et surtout par Besnier qui l'a décrit sous le nom d'érythème marginé en plaques discoïdes. Dans les divers cas observés, l'auteur a constaté l'apparition de placards non prurigineux, arrondis ou polycycliques, à centre rosé, cuivré, ou jaune pâle, cernés d'une bordure nette, d'un rouge ou, d'un rose vif. Quelquefois la tache s'efface ou même n'apparaît pas, et il ne persiste qu'une éruption annulaire d'un rose plus ou moins accusé. Cet érythème est fugace ; il récidive souvent, soit au cours de la même attaque rhumatismale, soit au cours d'attaques successives. Il n'appartient qu'à des formes sévères ; il doit faire réserver le pronostic et craindre le développement d'une endocardite. Il peut aussi, dans des cas atypiques, aider au diagnostic.

Lehndorff et Leiner (de Vienne) ont étudié en 1922, sous le nom d'érythème annulaire rhumatismal, une éruption qui paraît identique à celle qu'avait décrite Besnier. L'auteur a pu plusieurs fois saisir la transformation d'un érythème marginé en plaques discoïdes en érythème annulaire, ce ne sont que deux aspects d'une même éruption.

Cet erythème ne se voit que chez les rhumatisants atteints d'endocardite. Il est décrit surtout chez les enfants ; mais on l'aurait observé chez l'adulte. Il est à retenir d'ailleurs que les descriptions anciennes de Rayer et de Besnier concernaient les adultes. Sa fréquence est diversement appréciée, 10 à 12 p. 100 selon Lehndorff et Leiner et Wallgren. Il paraît beaucoup plus rare en France.

Il importe donc de retenir la possibilité d'un érythème d'un type assez spécial chez les rhumatisants, et l'intérêt qu'il présente pour le pronostic.

M. Debré souligne la valeur diagnostique et pronostique de l'érythème rhumatismal. Il est légitime de rappeler la priorité des auteurs français et notamment de Rayer.

Maladie de Hodgkin avec forte éosinophilie et évolution rapide. — MM. Ch. Aubertin et A. Pergola rapportent l'observation d'un homme atteint de lymphogranulomatose avec forte éosinophilie ; l'éosinophilie était à la période d'état supérieure à 40 p. 100 et atteignit jusqu'à près de 60 p. 100 (plus de 15 000, chiffres absolus).

Il n'y avait pas de myélocytes éosinophiles et la formule d'Arneth n'était pas déviée vers la droite. Le tissu ganglionnaire était le siège d'une éosinophilie considérable

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

développée sur place, probablement aux dépens des lymphocytes.

L'évolution fut particulièrement rapide et la radiothérapie influença peu cette évolution. Certains auteurs avaient déjà signalé la gravité des lymphogranulomatoses avec forte éosinophilie ; il faut noter que, dans ce cas, les éosinophiles diminuèrent progressivement au point de disparaître les jours qui précédèrent la mort.

M. Debré montre l'intérêt qu'aurait présenté en pareil cas une ponction de la moelle osseuse.

M. Hallé souligne l'absence de valeur pronostique de l'éosinophilie dans les dermatoses.

M. Chevallier rappelle les inconnues du problème de l'éosinophilie et sa gravité particulière dans la maladie de Hodgkin. Il ne croit pas qu'on puisse lier éosinophilie ganglionnaire et éosinophilie sanguine.

Genou douloureux. Forage de l'extrémité supérieure du tibia. Guérison. — MM. H. Dufour et Bréchot ont appliqué à l'articulation du genou le traitement préconisé par Duvernay pour l arthrite chronique de la hanche.

Cette intervention est l'application de la trépanation à l'épiphyse d'un os, dont les altérations ont engendré, ou vont engendrer une lésion articulaire déformante et douloureuse ; le résultat immédiat est la sédation des douleurs. La douleur épiphysaire est le signal d'alarme. La supprimer d'une façon précoce, c'est peut-être enrayer l'évolution de la lésion articulaire.

Dans le cas présent, il s'est agi d'un homme de vingt-trois ans. En mars 1934, il commence à souffrir du genou droit, à la suite d'un effort musculaire ; l'unique symptôme consiste dans une gonalgie très intense dans la station debout et la marche, moins vive au repos et dans la position horizontale.

La douleur a son siège de prédilection au-dessous de la surface articulaire du plateau interne du tibia en pleine épiphyse. Elle est réveillée par la pression. Elle a augmenté en 1935 à tel point que le malade a dû interrompre son travail.

Les réactions humorales sont normales. Les radiographies du genou face et profil, en demi-flexion, montrent seulement un léger flou des épines tibiales. Il n'y a pas d'atrophie musculaire. Dans le courant de 1935, le malade a eu une légère blennorragie sans complications. Après divers traitements institués sans aucun succès, le Dr Bréchot pratiqua une trépanation transversale de l'épiphyse tibiale en se dirigeant vers la surface articulaire, en trois endroits différents, sans traverser l'os de part en part.

A la suite de cette intervention, les douleurs ont disparu. Le malade guéri a repris son travail. Il semble qu'on puisse envisager l'extension du forage à d'autres articulations.

M. Hallé a publié il y a vingt ans un cas d'ostéite condensante du coude traitée avec succès par le forage.

L'épreuve à la sécrétion purifiée dans un cas de cancer total du pancréas. — MM. M. Bolgert et P. Auzépy présentent l'observation d'un homme de trente-trois ans, porteur d'une tumeur épigastrique douloureuse. L'examen radiologique put mettre en évidence, outre plusieurs lacunes arrondies occupant la moitié inférieure de l'image gastrique, un élargissement considérable de l'anneau duodénal, qui faisait suspecter une affection pancréatique. Celle-ci fut affirmée d'abord par l'épreuve à la sécrétine qui révéla un abaissement considérable des coefficients lipasique et trypsique, ensuite par l'intervention et l'autopsie.

Anatomiquement, il s'agissait d'un volumineux épithéliome ; l'examen histologique montre qu'il occupait la glande dans presque toute son étendue et s'accompagnait d'une réduction considérable du parenchyme sécréteur. Il est intéressant de souligner le remarquable parallélisme entre les résultats de l'épreuve fonctionnelle et l'image histologique du pancréas.

Syphilose aiguë broncho-pneumonique. — MM. J. Cathala, P. Auzépy et P. Grenet présentent un malade atteint brusquement de pneumopathie aiguë type pneumonique. Défervescence incomplète. État infectieux permanent avec atteinte sérieuse de l'état général. Paralysie diaphragmatique découverte fortuitement à l'écran. Bordet-Wassermann ++++. Expectoration d'un seul crachat fétide. Action rapide du traitement spécifique sur la pneumopathie, sur l'état général et sur la paralysie du diaphragme.

Syndrome pluriglandulaire et maladie de Rothmund. — MM. Ch. Flandin, G. Poumeau-Delille et Perreau présentent un malade déjà présenté en 1927 à la Société, par MM. Sainton et Ramon. Ce malade, porteur d'une maladie de Rothmund complète avec sclérodermie des membres inférieurs, canitie, cataracte endocrinienne, laryngite avec infantilisme, demeure dans un état sensiblement stationnaire. Les auteurs insistent sur l'importance des troubles vaso-moteurs avec palpitations et modifications variables des complexes électriques.

Maladie de Rothmund à forme familiale. — MM. Ch. Flandin, G. Poumeau-Delille et Olivier présentent une malade âgée de quarante-cinq ans, ayant une sclérodermie des membres inférieurs avec canitie et cataracte endocrinienne. S'il existe d'importants troubles sympathiques, le fonctionnement endocrinien semble peu troublé. Une artériographie des membres inférieurs a mis en évidence un aspect anormalement grêle du réseau artériel, sans oblitération, qui va de pair avec l'état sclérodermique.

Maladie de Nicolas-Favre et érythème noueux. — MM. P. Carnot, René Cachera et Mallarmé ont observé chez un homme de trente-six ans, au cours de l'évolution d'une maladie de Nicolas-Favre inguinale typique, l'éclosion d'un érythème noueux des membres inférieurs.

Certains éléments étaient surmontés d'une vésicule hémorragique.

La réaction de Frei était très positive lors de l'apparition des nouures. Elle présentait d'importantes variations topographiques dans son intensité. Forte mais normale au bras, la réaction de Frei provoquait, en effet, au voisinage de l'érythème noueux un placard étendu avec phlyctène hémorragique, rappelant l'aspect de l'éruption spontanée. Cette particularité disparut avec la guérison de l'érythème.

Les cuti et les intradermo-réactions à la tuberculine étaient également intenses, variables selon la zone cutanée explorée, et capables de reproduire l'aspect d'une nouure au voisinage de l'éruption spontanée.

(A suivre.) Jean Lereboullet.

NOUVELLES

Office international de documentation de médecine militaire. — La VI[e] session de l'Office international de documentation de médecine militaire se tiendra, cette année, du 10 au 14 octobre : exceptionnellement, l'Office se réunira à Genève.

A l'occasion de cette session, plusieurs questions seront étudiées en collaboration par le Comité international de la Croix-Rouge et le Comité international de médecine militaire.

Le programme de la session comporte en outre une série de conférences médico-militaires faites par des délégués officiels des Services de santé des différentes armées.

Pour renseignements, écrire au colonel-médecin Voncken, directeur de l'Office international de documentation de médecine militaire à Liége (Belgique).

Clinique médicale des enfants (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, professeur : M. NOBÉCOURT). — *Vacances* 1936. — M. Cathala, agregé, donnera pendant les vacances (août et septembre) un enseignement clinique, le matin, à 9 h. 30.

Thèses de la Faculté de médecine de Paris. — 6 *Juillet.* — M. SEYDEL, Du fondement biologique et du mécanisme de la réaction de Bordet-Wassermann. — M. CHARLES HENRY, La lutte antipaludique en Tunisie. — M. FELDSTEIN, Les néphropathies d'origine nerveuse. — M. BOUDAGHIAN, Etude des variations des leucocytes sanguins chez les malades soumis à la radiathérapie. — M. MANDEL, La maladie de Paget-Mathurin. Étude de la pathogénie. — M. ZIMMER, La diathèse néoplasique dans le système nerveux. La neuro-fibromatose. — M[lle] BUVAT-COTTIN, Considérations cliniques et thérapeutiques sur les toxicomanies. — M. GREISSLER, Le 3[e] bruit du cœur et le dédoublement physiologique du 2[e] bruit. — M. WEIL, Les tumeurs du testicule de l'homme. Embryologie. Pathologie générale.

7 *Juillet.* — M[lle] DESMONTS, Les ganglioneuromes viscéraux. — M. FRESNAIS, L'ablation isolée de la 1[re] côte en chirurgie pleuro-pulmonaire. — M. DAUPTAIN, Etude de la monoalvéolyse traumatique. — M. DUFLOT, La section du nerf dentaire inférieur dans le traitement du tic de la face. — M. KRAVIECKI, Considérations sur les groupements après évidement fibro-mastoïdien. — M. RANJARD, Traitement des phlegmons péri-amygdaliens par le chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine. — M. REICH, Les ostéomes du sinus frontal. — M[lle] WEISSBERG, Etude du traitement des infections des canaux dentaires et de la région périapicale par la haute fréquence. — M. CAUDRON, Syphilis et médecine légale. — M. GOUDOT, Considérations sur le traitement et le pronostic des toxicomanies et morphinomanie. — M. GUEBEL, Recherche sur la tolérance de l'appareil optique à l'acétylarsan. — M. PETIT, Le bruit dans la vie moderne et ses effets. — M. RIVERO Y CASTRO, La silicose est-elle une maladie autonome ? — M. DESSEIGNE, Etat du traitement des polyarthrites rhumatismales chroniques. — M. JALIN, Kystes hydatiques calcifiés du foie. — M. JANEAU, Alcoolisation des nerfs intercostaux, traitement adjuvant de la tuberculose pulmonaire. — M. RABMOVICE, Etude du traitement médical des métrites. — M. VAUGELADE DE BREUILLAC, Etude du botulisme. — M[lle] HERZMICH, Emploi du lait calcique dans la diététique du nourrisson. — M. STOFFER, Etude des endocardites survenues au cours de l'érythème noueux. — M. DELON, Topographie et rôle du nucléus pulposus. — M. CABEGAS-DUFFNER, La téléræntgenthérapie totale dans le traitement des leucémies chroniques. — M. FOURESTIER, Etude de l'effet controlatéral de la l'allopothérapie de la tuberculose pulmonaire. — M. BUDING, Recherches sur la dégénérescence graisseuse du foie. — M. KELLNER, Etude sur l'élimination de la sulfamido-chrysoïdine. — M. SZOLLOSI, Etude des variations de la toxicité de la novocaïne et de la morphine en fonction des acides qui les salifient.

8 *Juillet.* — M. BAYARDELLE, Hyotérographie dans le diagnostic des métrorragies. — M. LOUISE, Le lever précoce des opérés d'appendicite. — M. MAY, Etude du traitement de l'ostéomyélite aiguë des adolescents. — M. BENOIST, Contributions aux indications et aux techniques chirurgicales dans le traitement des arthrites déformantes de la hanche. — M. DELOCHE, Les lésions traumatiques du genou des joueurs de football. — M. MARTEL, Etude radiologique de la cavité cotyloïde normale de l'adulte. — M. GOGNY, Action sur le sang des amines biologiques et autres substances azotées. — M[lle] LIPHSCHUTZ, Etude des effets des sels mercuriels organiques dans les ascites cirrhotiques. — M. FLAPAN, Etude des lésions tuberculeuses folliculaires du goitre basedovien. — M. LOBEL, Syndrome hyperfolliculinique. — M. CORNAIRE, A propos d'un cas de malformation ombilicale. — M[me] ALIPEE, Bactériothérapie lactique en gynécologie. — M[me] CANONNE, Etude de la provocation de l'évacuation utérine par association d'agents médicamenteux. — M. LANDRIEU, Etude des différents moyens d'exploration de l'utérus en travail. — M. PETITON-SAINT-MARD, Fausses grossesses tubaires. — M. REICHMANN, La symphysiotomie à la Zarak à la maternité Lariboisière. — M. STEINER, Le facteur grossesse dans la carie dentaire. — M. HAGSCHAL, A propos des deux cas de présentation primitive de la face. — M. CANONNE, Etude du saturnisme d'origine hydrique. — M. KATLAREVOSKI, L'endocardite méningococcique. — M. BARRIENTOS, L'ankylostomyase en Colombie. — M. CARLES, Etude de la météo-

NOUVELLES *(Suite)*

rologie médicale. — M. Cernes, Les fruits et le froid. — M. Dufour Lamartine, Les contaminations par les livres neufs et d'occasion. — M. Duine, Etude du mécanisme de la cuti-réaction à la tuberculine. — M. Farge, De l'abus des excitants dans le travail intellectuel. — M. Gérard, Etude de l'histoire de l'hygiène en France. — M. Hart, Milieu confiné et milieu surpressé dans les abris contre les gaz. — M. Munnier, Etude des céphalées au cours du syndrome du ganglion sphéno-palatin. — Mlle Puech, La protection des enfants et la guerre aérochimique. — M. Szeker, Les rechutes du paludisme. — M. Vega, La conception de Franck sur l'aleucie hémorragique.

9 *Juillet.* — M. Delhaye, Accidents cutanés des teintures capillaires. — M. Millot, Formes anatomo-cliniques des épithéliomas du canal cervical. — M. Degouy, Les paralysies obstétricales du type supérieur. — M. Danville de la Tourmelle, Le début de la sclérose en plaques. — M. Greif, Le syndrome de dyskinésie de l'écriture. — M. Malmedi, Lésions nerveuses démontrées par l'examen électrique dans la maladie de Wolkmann. — M. Silvestre, Etudes cliniques d'un cas de Parkinson aigu typhique. — M. de Bermingham, Essai de justification de l'endocrinothérapie par l'hormone du follicule ovarien. — M. Dumont, Urano-staphylorraphie et lambeaux palatins. — M. Lapirc, Les faux calculs de la vessie. — M. Pariente, Traitement endoscopique des dysuries cervicales. — M. Combacal, Contribution clinique à l'étude du pemphigus oculaire et ses rapports avec certaines affections cutanées. — M. Després, Etude de l'herpès cornien. — M. Hochman, Lymphome de la conjonctive. — M. Perronnette, Polyopie monoculaire dans les débuts de la cataracte. — M. Castro-Sanchez, Considérations sur la conduite à tenir dans le cas de brièveté du cordon. — M. Nadjmabadi, Cancer du col de l'utérus au cours de la grossesse. — M. Andriopoulos, Etude des phlébites et des embolies après ligamentopexie de Doléris. — Mlle Galin, Etude de la technique et des indications du massage utérin. — M. Gresse Richard, Etude de la salpingectomie double avec conservation de l'utérus et de l'ovaire dans le traitement des annexites bilatérales. — Mlle Adoul, Les auto-greffes ovariennes par le procédé du Dr Douay. — M. Riazi, Intérêt pratique du test de Schiller dans les lésions du col de l'utérus. — M. Colonna d'Istria, Etude des services ouverts pour malades mentaux. — M. Lacombe, Le cas de Borodine musicien du dimanche. — M. Rosenfeld, Les compensations morbides. — M. Wembach, Etude clinique de la schizophrénie. — M. De Berg, Etude des rapports de l'épilepsie idiopathique infantile avec l'hérédo-syphilis. — M. Glucklich, Sur quelques syndromes d'infantilisme. — M. Joseph Isaac, Quelques résultats inattendus ou paradoxaux de la cuti-réaction à la tuberculine. — M. Le Bars, Le traitement des polynévrites par la radiothérapie. — M. Clarac, Etude de l'embryothérapie. — M. Levaditi, La maladie de Nicolas-Favre expérimentale. — M. Liermain, La nausée symptôme duodénal. — M. Mestries, Le traitement thermal du diabète depuis l'insuline. — M. Alpert, Les concomitances morbides chez les psoriasiques. — M. Galbrun, Le pityriasis rosé de Gibert. Etiologie mycosique. — M. Jablonski, L'autochimiothérapie locale dans le traitement de l'eczéma. — M. Merski, Herpès et chancre syphilitique. — M. Roubas, Radiodermites consécutives à l'injection de sels radifères.

MEMENTO CHRONOLOGIQUE

10 Juillet. — *Paris.* Faculté de médecine. Date limite d'inscription en vue des stages complémentaires de vacances.

11 Juillet. — *Paris.* Hospice national des Quinze-Vingts. Fermeture du registre d'inscription pour le concours de chef de clinique adjoint d'ophtalmologie.

15 Juillet. — Congrès de l'Association internationale pour l'étude des radiations. S'adresser à Nice, 24, rue Verdi.

15 Juillet. — *Paris.* Hôpital Saint-Antoine et Hôtel-Dieu. Début du stage complémentaire de vacances.

16 Juillet. — *Scheveningue et La Haye.* Fédération internationale des Sociétés d'eugénique.

16 Juillet. — *Marseille.* Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences.

20 Juillet. — *Paris.* Hospice national des Quinze-Vingts. Ouverture d'un concours pour trois emplois de chef de clinique adjoint à la clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts.

20 Juillet. — *Bâle, Zurich, Berne.* Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française.

25 Juillet. — *Londres.* IIe Congrès international de microbiologie.

27 Juillet. — *Paris.* Congrès international d'hygiène mentale.

27 Juillet. — *Berlin.* Congrès international de la médecine et du sport.

2 Aout. — *Vienne.* Congrès dentaire international.

3 Aout. — *Orléans.* Ouverture d'un concours pour la nomination de quatre internes titulaires à l'hôpital d'Orléans.

6 Aout. — *Honolulu.* Congrès de l'Association panpacifique de chirurgie.

17 Aout. — *Berlin.* Congrès international d'oto-rhino-laryngologie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

CONDITION JURIDIQUE DU DOMESTIQUE DE MÉDECIN

Par E.-H. PERREAU
Professeur de Législation industrielle à la Faculté de Droit de Toulouse.

Le domestique du médecin possède une condition à double face ; car c'est tantôt un serviteur attaché à la personne et tantôt un auxiliaire d'une profession libérale. A la vérité, ces conditions sont assorties d'un certain nombre de conséquences communes, les effets communs et généraux du louage de services indépendants de la nature de la tâche et du but social du contrat. Mais il en est d'autres, spéciaux à chacune des deux hypothèses ; car il est rationnel que la nature de l'ouvrage influe toujours plus ou moins sur les droits et plus encore sur les obligations de l'agent.

Cette conclusion est d'autant plus nécessaire que l'office même du domestique du médecin le met en contact avec le public, plus précisément : la clientèle de son patron a droit comme telle de compter sur lui dans une certaine mesure.

Enfin, brochant sur le tout, la situation même du domestique va quelquefois, par contre-coup, à raison de la complexité des relations sociales, influer sur la situation de son employeur, dans ses rapports avec autrui, spécialement avec le fisc, toujours aux aguets de nos moindres faits et gestes, pour en tirer matière ou tout au moins indice à taxation.

Ce que nous dirons du domestique du médecin, en général, s'appliquera non seulement au valet, que, par abréviation, nous prendrons pour type, mais aux divers serviteurs chargés, au moins occasionnellement, d'une tâche analogue, comme la femme de chambre, de service ou de ménage, ou la bonne à tout faire ouvrant la porte du médecin de village, ou le chauffeur, quand le médecin ne conduit pas lui-même son auto.

§ 1er. Effets communs.

D'une part, il est des effets communs du louage de services, se produisant abstraction faite de la nature de la tâche. Ces effets s'analysent en deux propositions principales : le serviteur doit exécuter l'ouvrage promis et l'employeur lui doit la rémunération stipulée.

A ces deux grands effets, la loi relie un certain nombre de conséquences spéciales, communes d'ordinaire aux deux faces de la condition du domestique, mais pouvant être à l'occasion modifiées selon qu'on regarde l'une ou l'autre. Nous n'en viserons ici que trois : les sûretés de paiement du salaire, les indemnités de résiliation et les assurances sociales.

L'article 2101, § 4, C. civil, accorde un privilège général sur tous les biens du maître, immeubles ou meubles, aux « salaires des gens de service, pour l'année échue et ce qui est dû pour l'année courante ». On s'accordait à comprendre par « gens de service » les serviteurs attachés à la personne et à la maison du maître, mais non les auxiliaires professionnels, en dehors de ceux des commerçants bénéficiant de lois spéciales (art. 549, C. comm.). Dans ces conditions, l'on aurait pu se demander s'il ne convenait pas de faire, dans le salaire du domestique du médecin, deux parts correspondant à chacune de ses deux espèces d'attributions, celle qui correspondait à ses fonctions de serviteur étant seule privilégiée.

Cette division ne s'impose plus autant depuis que la loi du 17 juin 1919 a donné le même privilège à « tous ceux qui louent leurs services ». Pourtant, la question pourrait être soulevée dans le cas, exceptionnel en pratique chez un médecin, où plus de six mois de salaires seraient dus, seuls les serviteurs proprement dits, à l'exclusion des auxiliaires professionnels, ayant privilège pour plus de six mois.

En cas de résiliation abusive et dommageable du louage de services ou d'inobservation, sans motif grave, du délai de congé d'usage, indemnité sera due par l'autre au contractant subissant la résiliation (art. 1780 C. civ. mod. par loi 27 déc. 1890 ; art. 23, C. trav., livre I, mod. par loi 19 juil. 1928).

C'est un effet commun à tout louage de services, indépendant de la nature de ceux-ci. Pourtant, ici encore, l'application de ce principe commun comportera parfois des nuances selon qu'on envisagera la condition du domestique du médecin sous l'un ou l'autre de ses deux aspects. Les gratifications données par les tiers aux serviteurs attachés à la personne d'autrui sont rares : ce ne sont guère que les « étrennes » données par les parents ou amis du maître venant faire chez lui un séjour prolongé. Elles sont au contraire plus fréquentes au profit du domestique du médecin, de la part des clients. Dans beaucoup de stations balnéaires, climatiques, hydro-minérales, elles sont d'usage constant et constituent un notable supplément de gage.

L'indemnité de résiliation se calculant d'après l'ensemble des gains professionnels de l'employé, ces gratifications devront entrer en ligne pour apprécier la somme à laquelle a droit le domestique du médecin (1).

Enfin, un mot des assurances sociales. « Sont assurés obligatoirement tous les salariés et,

(1) Cf. notre note : *Des pourboires chez les médecins*, *Paris médical*, 18 mars 1933, p. 1 et s.

d'une façon générale, toutes les personnes de nationalité française de l'un ou l'autre sexe travaillant à quelque titre et en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs... » (décret-loi 30 octobre 1935, art. 1er, § 2.) Nul doute que le domestique du médecin ne rentre dans cette rubrique très générale. Mais voici la difficulté :

Pour l'ordinaire des salariés, la cotisation du patron et celle de l'assuré se calculent d'après la rémunération effective du second. Quant aux domestiques et gens de maison, elles se calculent d'une manière spéciale : « Par dérogation aux dispositions qui précèdent, les cotisations dues par les maîtres de maison sont calculées d'après un salaire forfaitaire annuel fixé par arrêté du ministre du Travail. » (*Ibid.*, art. 2, § 14.) Cet arrêté fut rendu le 27 janvier 1936 (*J. officiel*, 28 janv.). Il donne le barème des salaires et cotisations des gens de maison.

Inutile de songer à diviser, d'après le temps passé chaque jour par le domestique au service de la personne et à celui du cabinet du médecin, une évaluation forfaitaire, donc indivisible. Force est donc d'opter pour le mode ordinaire ou le mode spécial de taxation, en faisant prédominer l'une ou l'autre qualité du domestique du médecin.

Ce système forfaitaire est établi pour simplifier, en les unifiant, les évaluations des avantages en nature (nourriture, logement, chauffage, blanchissage, etc.) reçus par les serviteurs, en sus de leurs gages en argent, et formant souvent la plus grosse part de leur rémunération. Il est donc rationnel de l'appliquer à ceux des domestiques du médecin qui, demeurant chez le maître, participent à sa vie de famille et reçoivent ces avantages en nature.

A l'inverse, il convient de s'en tenir au mode général d'évaluation des cotisations pour les autres, notamment le valet habitant au dehors et ne venant chez le médecin qu'à l'heure des consultations pour ouvrir au client, ou le chauffeur ne le conduisant que dans ses déplacements professionnels.

§ 2. Effets spéciaux.

I. Situation du domestique. — Il est des effets variables d'après la nature des attributions du salarié. Celles du domestique de médecin étant doubles, on verra selon les cas se modifier les effets de son engagement. Sans vouloir énumérer ici toutes les conséquences propres à l'une ou l'autre de ses deux qualités, citons au moins les plus typiques.

1° En thèse générale, le maître n'a pas le droit, sans le consentement du salarié, de modifier les attributions de celui-ci résultant du contrat, vouloir par exemple transformer un chauffeur en valet ou réciproquement. Ce serait un motif légitime pour le salarié de résiliation judiciaire, quand son engagement est d'une durée déterminée, de résiliation par sa volonté seule quand la durée de l'engagement est indéterminée (Cass. 16 déc. 1925, *Sirey*, 1926-1-375).

Nul doute que ce principe ne s'étende aux domestiques. Ils le savent bien et chacun de nous les a vus nous offrir de nous rendre leur tablier, quand nous voulions introduire dans leur tâche une modification n'ayant pas l'heur de leur plaire. Cette règle s'applique aux domestiques du médecin, comme aux autres, dans la portion de leur service concernant la personne ou la maison, sauf stipulation contraire dans l'engagement.

Mais pareille stipulation sera toujours sous-entendue quant aux attributions du serviteur comme auxiliaire professionnel du médecin. Les contractants seront toujours censés avoir avant tout envisagé les besoins de la clientèle, et le domestique doit donc se plier aux modifications à ses habitudes nécessitées par ces besoins. Le chauffeur ne pourra se plaindre des nuits passées au dehors, quand le médecin est appelé de nuit pour un accouchement, ni le valet de l'affluence particulière des visites au jour du marché d'une petite ville. Ce sont évidemment de grosses modifications au train normal du service, mais des modifications implicitement acceptées en s'engageant chez un médecin.

2° Depuis la loi du 2 août 1923, les domestiques et gens de maisons ont droit à la garantie des accidents du travail. Or, aucune loi n'étend la même garantie aux auxiliaires des professions libérales, et l'on a jugé notamment qu'elle ne s'appliquait pas aux chauffeurs d'un médecin lui servant exclusivement pour ses déplacements professionnels (Bordeaux, 30 juil. 1923, *Gaz. trib.* 1924-2-415).

Que décider à l'égard du domestique employé tantôt au service de la personne et tantôt à celui du cabinet ? Pendant les douze ou quatorze premières années de l'application de la loi du 9 avril 1898, la jurisprudence conservait la garantie du risque professionnel au salarié dont l'emploi principal lui donnait ce droit, même quand l'accident survenait dans une tâche différente où l'avait temporairement employé son patron (Cass. 10 juil. 1911, S. 1912-1-199 ; 16 mai 1911, S. 12-1-490 ; 29 janv. 1912, S. 13-1-451).

Mais elle est revenue sur cette solution et n'accorde plus la garantie du risque professionnel que pour les accidents survenus dans l'exécution de la tâche couverte par la loi du 9 avril 1898

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

(Cass. 17 janv. 1921, S. 1921-1, sup. 44 ; 27 avril 1921, S. 1921-1, sup. 88 ; 26 janvier 1927, S. 1927-1-126 ; 18 juil. 1930, *Gaz. trib.*, 1930, II, 1, 94).

Logiquement, par application de cette jurisprudence, il faudrait donc distinguer selon que l'accident est survenu au domestique du médecin dans le service de sa personne ou dans celui de son cabinet. Ces difficultés seront évitées en pratique si le médecin, en contractant une assurance contre la responsabilité des accidents survenus à ses domestiques dans leur travail, stipule que tous seront indistinctement couverts, quelle que soit leur tâche au moment où l'accident survient.

3° Tout salarié doit à son maître la plus entière discrétion sur tout ce qu'il apprend au cours de son service des affaires personnelles de celui-ci. Par une extension qu'impose la bonne foi, il doit à son maître la même discrétion sur les faits concernant les personnes de son entourage ou de ses relations mondaines ou professionnelles (Paris, 1er mars 1924, *Dalloz*, 1924-2-82).

Mais cette obligation n'est assortie que de sanctions civiles. De plus, elle ne dispense pas le salarié de témoigner en justice sur ces faits confidentiels. Les faits relatifs à l'exercice de la médecine par son maître ne sont-ils pas couverts par le secret professionnel, dans les termes de l'article 378, C. pénal ?

Refuser de reconnaître cette portée à la discrétion du domestique du médecin serait actuellement empêcher, en bien des cas, les malades de venir consulter le médecin chez lui, et plus généralement de lui demander ses soins, car on saurait plus facilement encore que tel médecin est venu le voir à son propre domicile. Ce serait d'ailleurs un singulier paradoxe que de permettre au domestique de parler, alors que la femme et les parents du médecin ne peuvent déposer en justice sur les secrets des clients par lui soignés (Toulouse, 10 février 1898, D. P. 1899-2-257).

Vainement on essaierait d'objecter l'arrêt célèbre de Cassation, ch. criminelle, du 6 décembre 1864 (D. P. 1867-5-430), que de savants auteurs ont interprété comme refusant d'étendre le secret médical aux aides assistant un chirurgien pendant une opération (BROUARDEL, *Le Secret médical*, p. 237 ; *La Responsabilité médicale*, p. 92 ; MORACHE, *La Profession médicale*, p. 212 et s. ; DUBRAC, *Traité de Jurisprudence médicale et pharmaceutique*, 2e éd., n° 158, p. 180).

Cet arrêt n'a pas une pareille portée, ne disposant pas de façon si générale. Il observe, en effet, qu'en l'espèce l'aide était un auxiliaire purement accidentel, et non un auxiliaire professionnel, alors que l'article 378 du Code pénal concerne uniquement les dépositaires des secrets d'autrui « par état ou profession ». Aussi la très grande majorité des auteurs ne s'est-elle pas trompée sur le domaine restreint de cette solution, et ils ont reconnu l'obligation au secret des auxiliaires *professionnels* du médecin (infirmiers, garde-malades, etc.), avec la même étendue que celle du médecin lui-même (LECHOPIÉ et FLOQUET, *Code des médecins*, p. 199 ; MUTEAU, *Traité du Secret professionnel*, p. 200 et s. ; SIMON-AUTEROCHE, *Manuel pratique de droit médical*, p. 81 et s. ; et les auteurs par eux cités. V. aussi nos *Éléments de Jurisprudence médicale*, p. 309).

Toute controverse doit être écartée surtout depuis la loi du 16 février 1933, précisant que l'obligation du secret s'applique aux confidents même « par fonctions temporaires ».

Souvent la jurisprudence l'a décidé pour les auxiliaires professionnels, même les plus modestes, des personnes astreintes au secret professionnel, notamment les employés des greffes (Cass. 9 juil. 1886, S. 86-1-487 ; D. P. 86-1-475) ou ceux des mairies (Cass. 13 mars 1897, S. 1898-1-425 ; Rouen 23 juil. 1897, S. 1898-2-235).

Nul doute qu'elle n'en décide de même pour les domestiques des médecins.

II. SITUATION DU MAITRE. — La dualité des fonctions du serviteur peut avoir son contre-coup sur celle du maître. Il en est ainsi particulièrement dans ses rapports avec le fisc.

Ainsi le contribuable n'est tenu de déclarer, pour l'établissement de l'impôt sur le revenu, soit général, soit cédulaire, que son bénéfice net, c'est-à-dire déduction faite de toutes dépenses nécessaires pour l'obtenir. Les frais de personnel pour le train de maison de chacun de nous ne sont pas déductibles, ne servant pas à produire ce revenu. Mais il en est autrement des frais relatifs à nos auxiliaires professionnels. Un médecin aura donc droit de déduire de son revenu les gages de son domestique, au moins proportionnellement au temps qu'il emploie au service de son cabinet.

D'autre part, les domestiques, surtout les hommes, sont réputés signes extérieurs de la richesse et doivent être déclarés au fisc pour le contrôle des déclarations du revenu général. Mais un auxiliaire professionnel, par essence même, n'est pas un indice de richesse. Le domestique, même masculin, du médecin n'est donc pas un indice pouvant servir aux agents du fisc à relever ses déclarations de revenu.

REVUE DES CONGRÈS

IX[e] CONGRÈS DES PÉDIATRES DE LANGUE FRANÇAISE *(Suite)*

Bordeaux, 28-30 mai 1936.

Troisième Question.

DÉFORMATIONS DYSTROPHIQUES DU THORAX CHEZ L'ENFANT

Rapport médical : **M. le D[r] Levesque** (Paris).
Rapport chirurgical : **M. le professeur Ombrédanne** (Paris) et **M. le D[r] Garnier** (Paris).

Les modifications pathologiques d'apparence primitive, de pathogénie discutée, qui constituent les déformations dystrophiques du thorax chez l'enfant, sont de deux sortes.

1° Dans une première classe, se rangent différentes anomalies rares, d'origine embryologique certaine, réalisant des gouttières ou des bosses au niveau du gril osseux, des failles du sternum, des fosses fibreuses expliquées par l'absence de côtes ou de cartilages, ou des déformations plus complexes. Leur intérêt d'ordre étiologique ou clinique est limité. On peut quelquefois les faire bénéficier d'une correction chirurgicale d'ordre esthétique.

2° Dans une deuxième classe se rangent les vraies déformations dystrophiques du thorax, celles qui évoquent l'idée d'une modification de structure, de nutrition, de la charpente ostéo-cartilagineuse, et dont les principaux aspects sont les différentes variétés de thorax en entonnoir, de thorax en carène, de fosses sous-mammaires et de tubérosités latéro-sternales ; elles se rencontrent couramment, et peuvent donner lieu à d'intéressantes constatations cliniques, étiologiques, thérapeutiques.

1° **Au point de vue clinique,** il faut savoir que certaines de ces déformations ne sont pas présentes à la naissance ou contemporaines du premier âge, qu'elles peuvent apparaître dans la seconde enfance ou chez le grand enfant, et se développer parfois de façon rapide, voire même avec des signes inflammatoires atténués ;

Il faut souligner les différences morphologiques que l'on peut noter parmi les entonnoirs thoraciques, qui se rattachent ordinairement à deux types, de signification étiologique et pronostique différente ; parmi les dépressions sous-mammaires, qui se trouvent fréquemment à l'origine des déformations précédentes ; et parmi les thorax en carène, dont la forme grave est propre au jeune enfant ;

Il faut souligner la fréquence des troubles fonctionnels et généraux qui peuvent etre entraînés par le thorax en entonnoir, au premier rang desquels sont les troubles cardiaques liés au déplacement et à la compression du cœur ; il faut savoir rechercher chez l'enfant une série de signes d'alarme qui indiquent que le cœur est violenté.

2° **Au point de vue pathogénique et étiologique,** il est parfaitement vrai que certaines attitudes, la respiration nasale, et surtout le jeu des muscles attachés au thorax, sont des facteurs qui réalisent un vrai modelage du plastron sterno-costal ;

Il faut souligner en particulier le rôle du diaphragme qui, lorsque son action est faussée par une insuffisance plus ou moins étendue des muscles abdominaux (grands droits et obliques) et de topographie variable, peut se trouver en mesure d'entraîner en profondeur une zone plus ou moins localisée du plastron, créant des dépressions sous-mammaires ou un thorax en entonnoir.

Mais il ne semble point que les déformations profondes puissent s'expliquer uniquement par une rupture dans l'équilibre des forces qui régissent le développement et la statique de la cage, certains groupes musculaires étant mal employés (de par l'attitude thoracique ou le type morphologique) ou déficients.

Pour que cèdent les éléments du plastron, une altération osseuse ou cartilagineuse préalable est ordinairement nécessaire :

1° Certaines déformations appartiennent à une maladie classée : rachitisme précoce, maladie cœliaque, dysplasie périostale : ce sont surtout des cas de thorax en carène.

Mais c'est l'exception.

2° Le rachitisme tardif ne peut expliquer les déformations thoraciques. En dehors des signes cliniques, il faut insister sur le fait que les thorax déformés ne le sont pas au niveau des zones d'ossification, mais au niveau du cartilage lui-même : c'est une maladie cartilagineuse.

3° Certaines déformations sont congénitales et héréditaires. Parmi les faits qui entrent ici en jeu, il faut faire une place à part à un état décrit par M[me] Nageotte, Larini et Hess : la mollesse congénitale du plastron sterno-costal, état nouveau distinct de tous les syndromes connus.

La syphilis héréditaire n'intervient pas.

4° La plupart des déformations thoraciques doivent être étudiées comme des maladies de la nutrition, de la croissance.

Dans certains cas, un trouble endocrinien est évident, hypophysaire surtout.

Dans d'autres cas, il faut chercher le trouble nutritif en cause. Certainement il ne s'agit pas d'un trouble du métabolisme du phosphore ou du calcium. Il s'agit, soit d'un trouble de l'équilibre albuminoïde (carence en acides aminés), soit d'un trouble du métabolisme du soufre. C'est là la directive essentielle du traitement médical : les rayons ultra-violets n'agissent pas. Il faut un régime équilibré riche en viande, en fromage. Il faut donner longtemps un traitement soufré.

3° **Au point de vue thérapeutique** : Quand les déformations dystrophiques sont jeunes, on doit mettre en œuvre un traitement médical où prennent place selon les cas : l'abolition des obstacles à la respiration nasale, le repos allongé, l'établissement d'un régime suffisamment carné, la prescription d'une médication soufrée ou endocrinienne.

Mais la thérapeutique de base doit être orthopédique ; lutter contre certaines attitudes nocives de l'enfant, combattre son insuffisance respiratoire, neutraliser les déséquilibres musculaires qui expliquent les différents types de modelage pathologique du thorax, telles sont ses directives : on peut les réaliser par l'appareillage, l'exercice spirométrique, la gymnastique thoracique et abdominale, institués en fonction directe des données pathogéniques.

Ce traitement s'adresse à toutes les déformations dystrophiques, à l'exception des entonnoirs qui se compliquent de troubles pulmonaires et cardiaques ; en pareils cas, il est parfaitement indiqué chez l'enfant de recourir à la chirurgie pour élargir la cage thoracique et libérer les organes qu'elle comprime ;



CHLORO-CALCION

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Les techniques qui réalisent cet élargissement sont en mesure de fournir au point de vue fonctionnel une guérison de premier ordre ;

Parmi ces techniques, il en est une qui, à la faveur d'une résection chondrale bilatérale, et par l'artifice d'une traction souple et continue, réalise de façon progressive le relèvement du sternum et la restauration pariétale, et qui, libérant le cœur par étapes, respecte l'équilibre médiastinal : c'est elle qu'il faut adopter ;

Décomposée en deux temps espacés, et compte tenu de certains détails d'exécution, elle s'est révélée bénigne, et mérite sous cette forme d'être l'objet de nouvelles expériences.

DISCUSSION

Mme NAGEOTTE (Paris) insiste sur les points suivants concernant le thorax en entonnoir : Il ne faut pas confondre les ostéochondrites du thorax, inflammatoires, de nature sans doute infectieuse, avec le thorax infundibuliforme qui est une malformation congénitale, héréditaire, due à l'aplasie du plastron sterno-costal. Quand celui-ci n'a pas achevé son évolution histologique avant la naissance, au repos, il l'achève dans les premières semaines de la vie, dans les conditions défavorables que crée la respiration. Il n'existe pas d'entonnoir rigide, fixé, au moment de la naissance ; la pression atmosphérique suffit à expliquer l'aspiration de la région et sa consolidation vicieuse ; l'entonnoir est d'autant plus profond et plus large que la consolidation s'est achevée plus tardivement. Une fois l'entonnoir constitué, solidé, il ne disparaît jamais. Avec l'âge, il s'accentue, en se développant comme tout le reste du squelette, mais il ne peut débuter à aucune autre époque qu'à l'installation de la respiration. Si le plastron sterno-costal est trouvé bien exceptionnellement encore mou chez un enfant, passé les premiers mois de la vie, c'est qu'il ne s'était jamais consolidé, mais il ne s'est certainement pas ramolli secondairement.

M. le Dr JEAN CATHALA (Paris) insiste sur la banalité de voir, entre trois et cinq ans, des thorax de jeunes enfants se déformer sans cause connue, malgré une existence correctement dirigée. Les faits sont variés, les uns congénitaux, les autres plus fréquents dont l'élevage ou l'alimentation ont dû laisser à désirer sur quelque point insuffisamment élucidé.

Ce n'est pas du rachitisme tardif, c'est un trouble de la croissance. La déformation s'est faite pour des raisons mécaniques, comme le pense Hofbauer : troubles respiratoires et dysharmonies musculaires.

Mais la cause de ces anomalies nous échappe : troubles du métabolisme du soufre notamment, mais aussi problème de la nutrition, de la tropllicité musculaire, enfants à gros ventre à paroi insuffisante, pourtant actifs le plus souvent.

Cathala fait intervenir la défectuosité des techniques d'alimentation, parallèlement au rachitisme frappant le squelette, il fait place à une maladie peut-être du cartilage mais aussi du muscle et du tissu lymphoïde.

Les auteurs allemands (Czerny) pensent que la mauvaise alimentation influence le tissu lymphoïde ; il faut aussi chercher le pourquoi de dystrophies de croissance liées à des coutumes défectueuses rentrant dans le problème général des dystrophies de la croissance et particulièrement du thorax.

M. H. GRENET (Paris) : **Déformations dystrophiques du thorax et formes frustes de la neurofibromatose.**

Nous avons montré, avec P. Isaac-Georges, R. Ducroquet et M. Macé, que les dystrophies osseuses, bien connues dans la forme complète de la neurofibromatose, existent aussi et prennent parfois le caractère d'un symptôme dominant, dans les formes frustes, purement pigmentaires, décrites autrefois par Thibierge. Le rapport entre les troubles squelettiques, les taches pigmentaires de la neurofibromatose est prouvé par ce fait que dans une même famille on trouve des formes complètes et des formes frustes de neurofibromatose, avec ou sans dystrophies osseuses, et aussi parce que, au cours de l'évolution, une forme d'abord fruste peut se compléter.

Parmi ces altérations osseuses, les petites déformations thoraciques occupent une place importante. Tantôt elles sont considérables et complexes ; parfois elles affectent la forme en entonnoir. Il arrive que chez un sujet qui ne présente d'abord qu'un thorax en entonnoir, d'autres manifestations squelettiques apparaissent par la suite.

Dans certains cas, il est difficile de rattacher sûrement la déformation à la neurofibromatose, à cause du peu d'importance ou même de l'absence des signes cutanés. Mais on retiendra le caractère souvent héréditaire ; et d'autre part nous avons montré que, dans des familles atteintes de maladie de Recklinghausen, il existait parfois certains sujets ne présentant que des altérations osseuses, sans symptômes cutanés.

L'étude de ces faits montre que, en présence d'une déformation squelettique, il faut penser à rechercher la neurofibromatose dans ses formes atténuées, et aussi que la neurofibromatose (appellation impropre puisque la maladie peut exister sans neurofibromes) n'est pas, comme on l'a dit, une affection congénitale d'un seul feuillet, et qu'elle est une blastodermose plutôt qu'une ectodermose.

M. le professeur ROCHER (de Bordeaux) présente quatre enfants, l'un opéré d'un redressement sternal progressif, avec un résultat fonctionnel satisfaisant, ayant présenté des accidents graves postopératoires; pour un autre, le port d'un corset, des exercices respiratoires (ballon). Un troisième présente un énorme thorax en entonnoir, un quatrième est atteint de crises de dyspnée et d'asthme.

Le professeur ROCHER ensuite étudie surtout les **bourrelets chondro-costaux** et le thorax en entonnoir.

I. Les bourrelets chondro-costaux, que Huc range dans les chondrites, peuvent se voir au cours d'états infectieux aigus ou subaigus. Mais en pleine santé, lors d'inspection des écoles, on observe ces faits que l'auteur tend à rattacher à une dysharmonie dans la croissance qui peut, par excès de prolifération en longueur et en largeur, amener cette déformation ; il propose le nom de *chondrose* sterno-costale.

Dans d'autres faits, la manifestation est contemporaine de la naissance, sûrement concomitante de malformations du diaphragme surtout dans la région médio-diaphragmatique s'insérant sur le sternum, dysplasie musculaire, d'où un jeu vicié ou inversé secondaire à la déformation

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

de la base du thorax. Cette déformation progresse à un rythme variable, d'où asymétrie thoracique, scoliose. La nature congénitale de cette dysplasie est signée par l'atteinte des téguments, surtout aux mains, aux pieds, liée à une déficience du mésenchyme, l'ichtyose, la laxité articulaire.

On trouve aussi des déficiences analogues ou similaires dans l'hérédité.

II. De même pour le thorax en entonnoir, l'auteur incrimine un trouble de l'ostéogenèse, une chondrodysplasie; il demande qu'à l'avenir les autopsies précisent l'état d'atrophie ou non du diaphragme et des faisceaux qui s'insèrent à la face postérieure du sternum.

Dr LANCE (Paris) parle de divers points particuliers.

I. Chez les nouveau-nés amenés pour scoliose congénitale, de l'existence de côtes incurvées à l'excès. Ces faits sont rares, mais ces cas, abandonnés à eux-mêmes, voient persister cette déformation; ils se redressent en six mois à un an dans un lit plâtré, celluloïdé.

II. L'auteur préconise un test pratique pour apprécier le traitement d'un thorax en entonnoir : il faut prendre le rapport entre le périmètre au niveau de l'infundibulum et à un niveau différent. Ce rapport progresse dans les cas favorables, il reste le même en cas d'insuccès. Des exercices spiroscopiques, le canotage, la natation améliorent ces cas alors que l'infundibulum a persisté.

III. Les chondrites costales se voient très souvent dans nos consultations. Certains succèdent à un épisode aigu ou subaigu fébrile qui ne s'explique par aucun autre trouble. Leur respiration est superficielle, leur thorax restant immobile, l'inspiration forcée, au contraire, pénible ou douloureuse; l'hérédo-syphilis ne paraît pas en cause. Le plus souvent le rhino-pharynx est infecté, mais l'intervention ne modifie pas l'évolution.

En dehors de la période aiguë, la gymnastique respiratoire est de mise. Une large ceinture immobilise le diaphragme et la rééducation de la respiration costale doit être faite progressivement. La gymnastique générale doit être pratiquée.

Professeur ROHMER (Strasbourg). — Dans un cas de déformation progressive, avec la rééducation des muscles thoraciques, un résultat fonctionnel remarquable a été obtenu grâce à la gymnastique respiratoire pratiquée près de trois ans.

M. le professeur OMBRÉDANNE (Paris) insiste sur l'immobilité du thorax en entonnoir, cette lésion une fois fixée. Il croit, comme Lance et Rocher, par la gymnastique, à une compensation bilatérale à gauche et à droite de la lésion clinique.

Du point de vue médical, de nombreuses hypothèses sont soulevées et vont être la base des études de demain.

L'auteur présente une instrumentation ingénieuse construite par le Dr Garnier, permettant de faciliter les manœuvres d'élargissement opératoire du thorax.

RÉPONSE DES RAPPORTEURS.

Dr GARNIER (de Paris), confirme les relations du thorax en entonnoir avec la maladie de Recklinghausen, distingue les faits à prédominance squelettique et les faits où le rôle musculaire est l'élément prépondérant. Ces derniers sont les plus favorables, pour la cure orthopédique telle que la conseille le Dr Lance. Les premiers sont au contraire très décevants.

En cas de troubles cardiaques, la carence de l'orthopédie conduit à intervenir chirurgicalement. Sinon l'orthopédie, le port d'une ceinture appropriée, la gymnastique couché, doucement menée; le lit plâtré la nuit, contre la plicature en avant, est le moyen de choix.

Dr LEVESQUE (Paris) pense que dans des cas comme celui du professeur Rocher (enfant de quatre ans) le thorax peut rester mou, et la déformation s'approcher du plan vertébral. Il revient sur la valeur du syndrome mis au point par Mme Nageotte. Des faits comme celui du professeur Rocher, où tout le tissu cartilagineux et élastique est touché, ont une grande valeur pour la théorie de la dysplasie mésenchymateuse.

Jamais le traitement antisyphilitique n'a donné un résultat tangible.

Avec Jean Cathala, le rapporteur estime de grande importance la valeur des indications actuelles fournies par des troubles du métabolisme dans les dysfonctions musculaires, cartilagineuses et osseuses; l'interdépendance du développement de ces tissus plaide en faveur d'un trouble profond de la nutrition. Si elle était bien connue, le traitement médical devrait transformer tous ces cas, la chirurgie s'adresserait avant tout aux cas congénitaux.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Professeur ROCHER (Bordeaux) (*Présentation de malade*) : *Un cas de raideur congénitale.*

Dr COURBIN : *Thérapeutique et Puberté.*

Dr BOUDRY (La Bourboule) : De la crise dite thermale des enfants. Réactions associées et fatigue.

Drs FORTON et PAUZAT (Bordeaux) : Un cas d'adénopathie cervicale. Résultats biopsiques. Lymphocytome non tuberculeux chez un enfant de quatre ans vacciné et revacciné au BCG (guérison).

Dr ROBERT GUÉRIN (de Bordeaux) : Hémiplégie infantile. Neurotomie et ténotomie (Présentation de films).

Essais d'allaitement de nourrissons sains avec un lait sec entier acidifié.

M. A. BOHN (de Paris) rapporte les résultats, très favorables dans l'ensemble, des premiers essais d'allaitement de nourrissons sains avec un lait sec entier industriellement acidifié.

Trente-cinq nourrissons, les uns entièrement normaux, les autres débiles ou hypotrophiques, ont été alimentés avec ce lait pendant six semaines à deux mois et demi à partir d'un âge compris entre trois et cinq semaines.

Il résulte de ces essais que le lait sec entier acidifié qui a été utilisé peut être employé en toute sécurité chez le nourrisson sain.

La haute valeur calorique et la parfaite digestibilité sont les caractéristiques principales de ce lait qui est bien accepté et parfaitement toléré si l'on a soin de l'introduire progressivement dans le régime des nourrissons.

Il semble y avoir parfois intérêt à ne pas dépasser une ration quotidienne de 700 grammes environ.

La croissance des nourrissons alimentés avec le lait

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

sec entier acidifié a été dans l'ensemble nettement supérieure à celle des nourrissons témoins alimentés suivant les méthodes ordinaires.

MM. Grenet et P. Tanret : **Note thérapeutique : du carbogène dans certains états de déshydratation aiguë du nourrisson.**

Chez un nourrisson de deux mois, atteint d'un syndrome caractérisé par des convulsions subintrantes, de l'hyperthermie, de la polypnée avec respiration superficielle, un état de déshydratation aiguë sans vomissements ni diarrhée, les inhalations de carbogène, poursuivies à raison de cinq minutes toutes les demi-heures, ont provoqué immédiatement une augmentation de l'amplitude respiratoire et une atténuation de la polypnée en même temps que des autres symptômes (abaissement de la température, disparition des convulsions). Après plusieurs alternatives d'amélioration et d'aggravation, la guérison complète fut obtenue.

Les inhalations de carbogène ont permis de gagner du temps et de laisser au processus de guérison le temps de s'établir.

Il semble d'autre part que, du fait de la polypnée, il se soit produit de l'anoxémie et de l'acapnie.

Contre l'anoxémie et l'acapnie le mélange gazeux qui a été réalisé par le carbogène semblait très indiqué.

En outre, en ralentissant la respiration, on remédiait à la déshydratation, causée par la polypnée, et aussi à l'hyperthermie causée elle-même par la déshydratation.

On peut supposer enfin que, dans le syndrome envisagé, il y a une atteinte bulbaire, un processus encéphalitique qui se manifeste par des symptômes tels que les convulsions et le strabisme, et que des examens anatomiques semblent prouver.

On doit rappeler à cette occasion l'opportunité des inhalations carbo-gazeuses dans les phénomènes bulbaires au cours des encéphalites.

Dans d'autres cas de deshydratation aiguë avec polypnée, la même thérapeutique a été appliquée. On a toujours obtenu l'augmentation de l'amplitude respiratoire, le ralentissement de la polypnée. Parfois des inhalations très courtes d'acide carbonique pur ont provoqué de véritables résurrections.

Le traitement n'agit que sur l'élément fonctionnel du syndrome. Mais il paraît dès maintenant donner des résultats intéressants comme médication adjuvante, dans certains états de déshydratation aiguë du nourrisson.

VŒU

Un vœu est proposé et voté à l'unanimité sur la proposition de M. le professeur Aubertin (de Bordeaux), tendant à obtenir des pouvoirs publics des modifications dans

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

les réglementations en vigueur concernant le prix de l'insuline en France et l'entrée des produits étrangers utilisés dans le traitement du diabète infantile trop souvent inaccessible aux familles non secourues, ni assurées, de condition modeste.

Le prochain Congrès de l'Association française de pédiatrie aura lieu à Paris en 1938, sous la présidence de M. le Dr Jules Renault.

Il est décidé en outre qu'une journée pédiatrique aura lieu en 1937, en concordance de date avec les manifestations consacrées à l'enfance organisées à l'occasion de l'Exposition de Paris (1937). JULIEN HUBER.

LA MÉDECINE AU PALAIS

RESPONSABILITÉ ET APPAREILS PLATRÉS
(*Suite*)

Sur les premier et deuxième moyens réunis :

Attendu que pour infirmer la décision des premiers juges qui avaient déclaré les Drs X. et Y. responsables des conséquences dommageables de l'accident arrivé à Buré le 27 août 1925, à raison des fautes qu'ils auraient commises dans le traitement de la fracture dont était atteint celui-ci, fracture qui, à la suite des complications résultant de la survenance d'une escarre sous l'appareil plâtré dans lequel avait été placé le membre blessé, avait finalement entraîné l'amputation dudit membre, l'arrêt attaqué se fonde sur ces motifs que rien ne permet d'affirmer que les actes ou omissions imputés à faute aux défendeurs aient été la cause de l'escarre et des conséquences malheureuses qui en étaient résultées ; que les experts s'accordent au contraire pour déclarer que l'on ne saurait avec certitude attribuer ces conséquences à ce que la réduction de la fracture ou l'appareil plâtré auraient été défectueux ; que l'escarre et son aggravation gangreneuse pouvaient se produire à la suite du traitement le plus correct, et même après réduction sous le contrôle des rayons X ; qu'elle aurait pu également se former, alors même que l'on eût enlevé et replacé le plâtre, ce qui n'aurait d'ailleurs pas été sans comporter des risques et des inconvénients sérieux ; que Buré ne faisant pas la preuve, qui lui incombait, de la relation de cause à effet entre les prétendues fautes imputées par lui aux défendeurs et son état d'invalidité, devait être débouté de sa demande de dommages-intérêts ;

Attendu, d'autre part, que la Cour d'appel, qui

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

n'était pas liée par son arrêt d'avant dire droit, était d'autant moins tenue de s'expliquer sur les divers arguments développés par Buré dans ses conclusions à l'encontre de la dernière expertise, que n'entérinant pas purement et simplement le travail des experts elle ne faisait qu'y puiser certains éléments de sa sentence ; que, dès lors, en statuant comme elle l'a fait, elle a donné une base légale à sa décision et n'a par suite, abstraction faite des motifs surabondants critiqués par le pourvoi, violé aucun des textes visés aux premier et deuxième moyens ;

Par ces motifs, rejette.

Du point de vue spécial de la responsabilité des médecins dans les cas où un appareil plâtré entraîne des escarres et par suite l'amputation du membre fracturé, la jurisprudence a toujours examiné ces questions de responsabilité avec la plus grande prudence.

L'arrêt type est une décision de la Cour de Metz, de 1867, devant laquelle un ivrogne qui s'était cassé le fémur dans la rue poursuivait le chirurgien qui avait employé une « boîte de Baudens » pour une fracture du col du fémur.

La Cour a décidé que l'usage normal de cet appareil, en dehors de toute application trop serrée du bandage, ne pouvait rendre le chirurgien responsable de la gangrène qui en était résultée.

Quelques années plus tard, la Cour de Nîmes avait été saisie de la même question, mais les circonstances de fait étaient toutes différentes : le médecin avait appliqué un bandage trop serré et, malgré les plaintes et les douleurs de la malade, il s'était refusé à y toucher, et les médecins experts avaient conclu que le fait de maintenir un bandage malgré les instances de la malade constituait une grave imprudence due à une fausse interprétation des phénomènes observés. C'est pourquoi la Cour de Nîmes, le 25 février 1884, avait condamné le médecin, disant que si celui-ci n'avait pas cru à la réalité des souffrances intolérables manifestées par la malade, il aurait pu en tout cas procéder à l'examen du membre fracturé : « le bon sens, la prudence et l'humanité lui commandant cette conduite ».

Enfin la Cour de cassation a eu à connaître d'une affaire de ce genre à la suite d'une paralysie qui avait atteint le bras gauche d'un malade sur l'application d'un appareil plâtré. Les experts désignés par le tribunal avaient conclu que l'application de l'appareil plâtré est toujours délicate

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

et que les imperfections qu'on peut relever dans l'exécution d'un plâtrage ne peuvent engager la responsabilité du médecin, celle-ci ne pouvant être admise que si on constate des accidents de compression dus à la défectuosité de l'appareil et si malgré ces constatations le médecin refuse de retirer l'appareil.

Le demandeur n'établissant nullement que le médecin avait pu être éclairé sur la nécessité d'enlever l'appareil, la Cour de Paris avait décidé qu'il n'y avait pas faute lourde, qu'il n'y avait donc pas responsabilité.

Cet arrêt fut soumis par le plaignant à la Cour de cassation, et la Cour a décidé que si en matière de délit ou de quasi-délit toute faute oblige son auteur à réparer le dommage provenant de son fait, encore faut-il que la faute soit établie, et l'arrêt du 9 juin 1919 précise que quand une décision de justice déclare que le trouble circulatoire et les troubles nerveux qu'on observe après l'application d'un appareil Hennequin ont pu égarer l'opinion du médecin sur la nécessité d'enlever l'appareil, cette appréciation déduite des documents de la cause ne viole aucune disposition de la loi.

Par conséquent, l'arrêt de cassation indique notamment que, pour engager la responsabilité du médecin, il faut que ses actes constituent un oubli anormal des règles de la profession, et que si le médecin s'est conformé aux méthodes habituelles relatives aux appareils plâtrés, il n'est pas responsable d'erreurs qu'il ne pouvait éviter.

Adrien PEYTEL,
Avocat à la Cour d'appel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 juillet 1936.

Bacillémie tuberculeuse chez les enfants atteints d'érythème noueux. — MM. ROBERT DEBRÉ, A. SAENZ et ROBERT BROCA. — On sait, par l'étude expérimentale de la tuberculose, que la bacillémie existe peu de temps après la contamination.

Les auteurs se sont adressés à cette recherche en vue de démontrer que l'érythème noueux fait partie d'un syndrome initial de tuberculose chez l'enfant.

Sur 29 cas étudiés, ils ont mis en évidence la bacillémie tuberculeuse dans 5 cas.

Le sang s'est toujours comporté vis-à-vis du cobaye comme un produit paucibacillaire déterminant une infection qui se caractérise par une période anté-allergique de longue durée et une tuberculisation classique, mais très lente des animaux.

Sur les cinq enfants qui présentèrent une bacillémie positive, trois qui étaient allergiques avaient une image radiographique correspondant à celle d'un foyer tuberculeux initial. Les deux autres, dont la cuti-réaction a viré au début de l'érythème noueux ou après sept mois, avaient une image radiographique normale.

La fréquence de la bacillémie dans cette maladie est remarquable, chez l'enfant, surtout si on la compare à celle qu'on obtient dans les formes diverses de tuberculose, 1,7 sur 10, dans l'érythème noueux, alors que dans les cas de tuberculose avérée, on ne dépasse pas le pourcentage de 0,3 à 0,4 sur 10.

Ces faits d'ordre bactériologique et clinique plaident en faveur d'une migration bacillaire au début de la tuberculose chez l'enfant pendant que se constitue chez lui la lésion itiale et que virent les réactions tuberculiniques.

Cette disparition de quelques germes dans le sang circulant n'a aucune signification fâcheuse pour le pronostic. L'état reste excellent chez les jeunes sujets soumis à notre observation pendant les mois ou les années qui suivent le moment où nous avons décelé chez eux la bacillémie initiale, dont les caractères sont chez l'homme, comme chez l'animal d'expérience, d'être précoce, éphémère et discrète, puisqu'elle est limitée à quelques unités bacillaires.

Des dystrophies chordales. — MM. CROUZON et A. S. DE SANTA MARIA. — Dans une précédente étude, les auteurs ont groupé sous le nom de dysostoses pré-chordales, les dysostoses cranio-faciales et leurs formes frustes, telles que l'hypoplasie du maxillaire supérieur.

Mais à côté de ces malformations, il en est d'autres qui sont quelquefois associées aux dysostoses cranio-faciales ou qui sont quelquefois isolées : ce sont des déformations morphologiques qui atteignent les extrémités, par exemple : les polydactylies, les syndactylies qui font partie des syndromes décrits par Apert, par Laurence-Biedl, par Schuller-Christiau.

Ces déformations peuvent trouver leurs explications dans l'embryologie causale. Ces déformations morphologiques sont dues à des troubles localisés à deux endroits du tronc qui, chez l'embryon, coïncident avec les deux points maxima des courbures et se manifestent par une atrophie plus ou moins accentuée du mésoblaste de cette région.

Les auteurs montrent que les deux points de courbure maxima résultent des angles de flexion (hypophysaire, sous-nuchal et caudal). C'est au niveau des angles de flexion sous-nuchal et caudal que se produisent des troubles donnant naissance aux malformations. Ces troubles sont localisés à la portion chordale de l'embryon, alors que la dysostose cranio-faciale avait pour origine des troubles de la région pré-chordale.

L'embryologie causale révèle donc les causes de ces dystrophies morphologiques localisées aux extrémités des membres et il est logique, par opposition aux autres dystrophies, de les désigner sous le nom de dystrophies ou dysostoses chordales.

Une méthode morphologique permettant de suivre les transformations qui se produisent par chauffage dans un sérum. — M. KOFMAN (note présentée par M. STROHL). — L'enregistrement photographique de la morphologie

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

variable des efflorescences terminales osmotiques croissant dans le sérum de cheval préalablement chauffé a permis de mettre en évidence plusieurs températures critiques caractéristiques.

Le problème obstétrical du mongolisme infantile. — MM. PÉHU et A. BROCHIER (de Lyon).— Le mongolisme est une anomalie caractérisée par une configuration spéciale du visage, par une direction, oblique en haut et en dehors, de l'axe des yeux rappelant d'assez loin le facies asiatique et par la présence de l'épicanthus. Cet ensemble peut être constaté à la naissance même. Il s'y ajoute une petitesse générale du crâne, laquelle amène souvent un accouchement difficile. L'intelligence des mongoloïdes est et reste plus ou moins diminuée.

Pour expliquer cet ensemble somatique et psychique, divers facteurs ont été invoqués. Après examen critique des théories diverses, les auteurs acceptent l'idée d'une influence s'exerçant vers la sixième ou huitième semaine de la grossesse et amenant une plicature ou une constriction de l'extrémité céphalique de l'embryon. La nature exacte de cette cause demeure problématique ; pour la fixer, on manque du contrôle objectif nécessaire. Mais en réunissant les divers éléments du problème, on peut supposer qu'il s'agit d'une nidation défectueuse de l'œuf sur une muqueuse utérine partiellement altérée ou lésée : d'où résulte un oligoamnios.

Ainsi peut être expliqué le type morphologique si semblable à lui-même qui caractérise la maladie et qui, dans le domaine corporel et intellectuel, traduit un achèvement incomplet de l'organisme.

L'état de prémunition contre le typhus exanthématique chez l'homme. Simple et double vaccination. —MM. BLANC, NOURY et BALTHAZARD.

Discussion sur le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire (*suite*). — *Les interventions intrapleurales, dans le traitement chirurgical des tuberculoses pulmonaires.* — M. ROBERT MONOD. — Le pneumothorax et la thoracoplastie demeurent les deux thérapeutiques fondamentales de la tuberculose pulmonaire ; mais l'une ou l'autre conduisent parfois à des impasses thérapeutiques.

A titre exceptionnel, ce sont des interventions intrapleurales qui pourront, dans certains cas, procurer une solution et aboutir à la guérison.

La chirurgie endo-thoracique a fait, au cours des dernières années, des progrès très considérables. Ces progrès méritent qu'on les suive de près, car ils permettront peut-être d'ici peu d'appliquer d'une façon beaucoup plus courante certaines méthodes d'exérèse au traitement de la tuberculose pulmonaire.

L'auteur a fait ensuite l'exposé des diverses méthodes qui ont été soit déjà expérimentées, soit même appliquées chez l'homme :

Ligatures vasculaires,
Section des brides à ciel ouvert,
Attaque directe des cavernes,
Lobectomie et pneumonectomie.

Il retient parmi les méthodes les plus intéressantes, les ligatures veineuses, l'ouverture des grosses cavernes superficielles infectées, et plus exceptionnellement les exérèses radicales.

Il illustre son exposé par quelques faits cliniques, et rappelle, en terminant, les recherches expérimentales qu'avec MM. Nègre et Bretey il poursuit chez les singes. (Séance du 30 juin 1936).

Le mode d'action des méthodes de collapsothérapie sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire. — M. FERNAND BEZANÇON. — Il y a quelques années, on s'efforçait d'étudier d'une façon comparative le mode d'action des diverses méthodes de collapsothérapie.

Les voies nouvelles dans lesquelles s'est engagée la collapsothérapie, tant médicale que chirurgicale, la notion de pneumothorax de détente, de pneumothorax hypotensif se substituant à celle de pneumothorax de compression, d'une part ; la substitution dans un grand nombre de cas de la thoracoplastie extrapleurale partielle à la thoracoplastie large, totale, permettent jusqu'à un certain point une vue d'ensemble du mode d'action des diverses méthodes de collapsothérapie basées d'une part sur une connaissance plus précise de la mécanique respiratoire, et d'autre part, sur une appréciation plus exacte du mode de guérison naturelle de l'infection tuberculeuse et de la diversité de ses diverses formes cliniques.

Les indications de la thoracoplastie dans le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. — MM. BERNOU et FRUCHAUD. — La thoracoplastie partielle du sommet reste l'opération de choix ; les auteurs la pratiquent, en général, de bas en haut pour éviter la fuite des cavernes vers le bas ; ils enlèvent la première côte dans un deuxième temps pour éviter un collapsus pulmonaire trop brutal.

La thoracoplastie antéro-latérale est souvent très utile comme temps préparatoire à une thoracoplastie paravertébrale ultérieure chez les malades fatigués, subévolutifs.

Les résections extra-périostées des côtes et la formolisation des lits costaux après thoracoplastie, retardent ou suppriment les ossifications de la paroi et permettent de mieux sérier les temps opératoires.

Sur la phrénicectomie. — M. RIST.

La thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Sa valeur actuelle : ce qu'on peut en attendre grâce à une orientation nouvelle. — MM. MAURER et ROLLAND.

La prochaine séance aura lieu le 21 juillet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 26 juin 1936.

Maladie de Nicolas Favre et érythème noueux. — Les réactions témoins au sérum de cheval étaient au contraire banales. L'hémoculture sur milieu de Löwenstein est demeurée négative.

Cette observation permet de souligner à nouveau les rapports possibles entre la maladie de Nicolas-Favre et l'érythème noueux. Celui-ci paraît survenir lors de la phase aiguë de l'adénopathie inguinale, à la période maxima de l'allergie cutanée à l'antigène de Frei, et peut-être lorsque la peau de l'aine est englobée par l'infection, autour d'une fistule notamment.

Dans le cas particulier, l'apparition de l'érythème noueux au lendemain de la ponction du bubon pourrait même faire envisager le rôle déclenchant de celle-ci.

Sans affirmer la nature même de l'éruption noueuse,

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

il semble que l'on doive tenir compte dans cette observation du remarquable parallélisme qui s'y trouve révélé entre les réponses cutanées à l'antigène de Frei et les réactions tuberculiniques.

M. DEBRÉ pense qu'il faut se montrer très exigeant sur la recherche des preuves de tuberculose dans l'érythème noueux. On arrive à faire cette preuve dans presque tous les érythèmes noueux post-infectieux. L'étude des réactions cutanées est moins sûre que la recherche du bacille ; l'inoculation au cobaye lui semble plus sensible que la culture du sang par la méthode de Löwenstein.

M. CHEVALLIER souligne le caractère atypique de l'érythème noueux de la maladie de Nicolas-Favre ; il incrimine le virus lymphogranulomateux.

M. AZERAD a observé un érythème noueux typique au cours de la maladie de Nicolas-Favre.

M. TZANCK pense que chez l'adulte, l'érythème noueux peut relever d'étiologies diverses.

Sur l'appréciation de l'exophtalmie basedowienne. — M. L. JUSTIN-BESANÇON rappelle les causes d'erreurs subjectives dans l'appréciation de l'exophtalmie basedowienne. La rétraction de la paupière supérieure, qui est parfois le premier stade de l'exophtalmie, peut en imposer au premier abord pour une forte protrusion du globe oculaire. Inversement, chez les malades porteurs d'une exophtalmie de longue date, une hernie graisseuse dans la paupière supérieure peut masquer plus ou moins l'exophtalmie. Pour apprécier l'exorbitis avec exactitude, il est indispensable de mesurer la saillie du globe oculaire par rapport au plan osseux à l'aide de l'exophtalmomètre.

Maladie rhumatismale abarticulaire d'allure typhoïde avec iritis bilatéral. — MM. MAURICE DEBRAY et A. CHEVALLIER rapportent un cas de maladie rhumatismale abarticulaire qui s'est manifesté par une céphalée intense, une fièvre élevée d'allure typhoïde, des douleurs oculaires et une perte à peu près complète mais transitoire de la vision.

Le début par une angine rouge, l'action remarquablement rapide et complète du salicylate permettent d'affirmer la nature rhumatismale. Ce syndrome clinique se place auprès des autres formes abarticulaires de la maladie rhumatismale déjà décrites par H. Grenet et ses collaborateurs.

M. GRENET souligne l'intérêt de ces formes typhoïdes et la rareté de l'iritis.

M. LAUBRY rappelle la fréquence des complications cardiaques tardives.

Maladie d'Osler avec rémission prolongée. — M. ETIENNE MAY rapporte l'observation d'une femme atteinte de poussée rhumatismale aiguë avec insuffisance mitrale et chez qui l'hémoculture met en évidence un streptocoque viridans. Le diagnostic porté fut alors celui de maladie d'Osler ; mais, contrairement aux prévisions, la malade guérit assez rapidement et, après quatre ans, elle est encore en parfaite santé. Cette observation s'ajoute à un très petit nombre de faits analogues et montre que, même chez les sujets atteints d'une cardiopathie rhumatismale, il peut exister des poussées de septicémie à viridans, sans qu'il y ait fixation du microbe sur l'endocarde ; dans ces conditions, la poussée peut guérir. Cette notion explique peut-être les faits de rémission prolongée au cours de la maladie d'Osler ; elle donne un intérêt tout particulier aux tentatives de vaccination des cardiaques.

M. DEBRÉ trouve de temps à autre dans le sang des malades atteints d'endocardite rhumatismale sévère à type Bouillaud un streptocoque anhémolytique ; ces malades ne présentent cependant jamais de symptômes d'endocardite à évolution lente. Le streptocoque viridans doit jouer un rôle important dans la genèse de la maladie de Bouillaud ; on le rencontre dans les nodules de Reynet, la maladie de Still, la chorée rhumatismale. Ce qui différencie endocardite lente et maladie de Bouillaud, c'est la date d'apparition de la maladie.

Dans le second cas, l'affection est récente et l'immunisation possible ; dans le premier, l'affection est ancienne et l'organisme ne réagit pas plus que dans la tuberculose pulmoniare tardive ou la paralysie générale.

M. LAUBRY pense que chez l'adulte il faut encore opposer maladie d'Osler et endocardite rhumatismale.

M. GRENET maintient aussi cette dualité.

M. DEBRÉ est d'accord avec eux, en ce qui concerne le pronostic.

Un cas de néphrose lipoïdique paraissant consécutive à une intoxication alimentaire. — MM. P. BRODIN et A. GRIGAUT rapportent l'observation d'un cas typique de néphrose lipoïdique terminée par guérison complète, avec retour à la normale du chimisme sanguin, sans cylindres, sans azotémie. Ils pensent que la néphrose lipoïdique doit rester un syndrome nettement individualisé n'évoluant pas toujours vers la néphrite.

M. TZANCK montre qu'à la suite des intoxications on voit des syndromes très comparables à la néphrose lipoïdique ; ils sont habituellement curables ; parfois cependant apparaissent des symptômes de néphrite.

Séance du 3 juillet 1936.

Caractère spécial des troubles gastriques au cours de la polynévrite éthylique. — MM. MAURICE VILLARET, MOUTIER, L. JUSTIN-BESANÇON, et PIERRE KLOTZ insistent sur le caractère spécial des manifestations gastriques observées au cours de la polynévrite alcoolique. Du point de vue chimique, ce sont des gastrites ana ou hypochlorhydriques. Du point de vue gastroscopique, ce sont des gastrites atrophiques. Fait fondamental, ces manifestations sont constantes et précoces, précédant de plusieurs semaines à quelques mois l'apparition des symptômes névritiques. Elles guérissent avant la guérison de la névrite.

Le foie dans la polynévrite éthylique. — MM. MAURICE VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON et PIERRE KLOTZ rappellent que le foie des sujets atteints de polynévrite alcoolique n'est jamais intact. Ses altérations, qui sont à la fois constantes et précoces, consistent rarement en un syndrome cirrhotique (il est alors du type subaigu), le plus souvent en une atteinte dégénérative. Le parallélisme entre l'importance des lésions de gastrite atrophique et d'hépatite dégénérative est tel que l'on peut se demander si les secondes ne sont pas sous la dépendance des premières.

Le problème pathogénique de la polynévrite alcoolique. — MM. MAURICE VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON et H.-PIERRE KLOTZ rappellent d'abord les faits cliniques

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

qui empêchent d'admettre la nocivité directe de l'alcool sur les nerfs périphériques ainsi que l'obscurité du rôle des infections épisodiques ou des lésions hépatiques dans le déclenchement des polynévrites chez les alcooliques invétérés.

Puis ils exposent les conceptions physiologiques actuelles sur les névrites par déséquilibre nutritif : par exemple celles qui se produisent malgré un apport suffisant de vitamine B chez un sujet dont le régime est déséquilibré en glucides. Cette notion nouvelle de « névrite dysmétabolique » dépasse le cadre des névrites par carence.

Ayant étudié un très grand nombre de polynévrites éthyliques dans ces dernières années, les auteurs ont relevé nombre de faits qui plaident en faveur de l'origine dysmétabolique de ces névrites.

1° La gastrite atrophique (vérifiée à la gastroscopie) avec hypo ou anachlorhydrie précède toujours la polynévrite, avec anorexie constante et vomissements fréquents.

2° L'interrogatoire des malades révèle constamment un déséquilibre dans leur régime alimentaire, au cours des semaines qui précèdent la névrite.

3° Les lésions du foie sont intenses, ainsi que celles des glandes endocrines, complétant le trouble assimilateur.

4° Un syndrome anémique est noté dans 75 p. 100 des cas.

Les auteurs en concluent que le rôle de l'alcool dans la polynévrite est double :

a. Dans un premier stade, l'alcool est à l'origine des lésions gastro-hépato-endocriniennes responsables des troubles nutritifs qui favorisent le déséquilibre par rapport à la vitamine B. Ainsi est réalisée une phase d'avitaminose inapparente.

b. Dans un deuxième stade, l'alcool s'associe à un processus infectieux (notamment la tuberculose) pour déclencher la paralysie et lui imprimer son cachet clinique particulier parmi les névrites carentielles.

Ainsi s'explique que nombre d'alcooliques ne présentent jamais de névrite, si par ailleurs un déséquilibre nutritif (exogène ou endogène) ou un facteur infectieux n'a pas fait entrer la maladie inapparente dans sa phase de dystrophie révélée.

Des déductions thérapeutiques découlent de cette conception pathogénique.

M. Flandin a vu plusieurs cas de polynévrite grave sans troubles gastriques ni hépatiques.

M. Justin-Besançon considère que le déséquilibre alimentaire peut être dû à des causes multiples.

Paralysie cubitale bilatérale au cours d'une pleurésie séro-fibrineuse (polynévrite tuberculeuse). — MM. F. Codvelle, L. Ferrabouc et J. Henrion présentent l'observation d'un sujet de vingt et un ans qui, au cours d'une pleurésie lymphocytaire, vit s'installer une paralysie cubitale double, d'évolution bénigne.

Les auteurs, en l'absence d'autre étiologie possible, tendent à admettre l'origine tuberculeuse de la névrite. Ils soulignent la localisation élective sur le seul nerf cubital.

M. Justin-Besançon souligne la superposition de cette observation et de celles qu'il a publiées avec Lévy-Valensi et Crouzon. Ces faits sont très différents des polynévrites alcoolo-tuberculeuses qu'il a observées avec Lemierre et dont l'évolution est au contraire de la plus haute gravité.

Le dédoublement du bruit expiratoire obtenu par l'expiration forcée et le bruit de galop respiratoire. — M. J. Skladal (Prague) met en évidence, par la manœuvre de l'expiration forcée, le dédoublement du bruit expiratoire au cours des lésions cortico-pleurales à prédominance apicale. Ce dédoublement, joint au bruit inspiratoire successif, peut réaliser un véritable galop respiratoire.

L'auteur étudie par les procédés de pneumotachographie, de l'oscillographie et les examens radio-acoustiques, la physiopathologie et le mécanisme de ce phénomène ; il montre aussi que ce dédoublement n'est que l'expression acoustique, audible seulement au cours de certains processus pathologiques, d'un phénomène de physiologie pulmonaire normal.

Syndrome hypophyso-thyro-génital. — MM. Labbé, Boulin et Goldberg présentent un malade chez lequel on pouvait au premier abord porter le diagnostic de myxœdème : l'anémie, la chute des poils, la raucité de la voix, l'atrophie du corps thyroïde étaient en faveur de ce diagnostic, malgré l'absence d'infiltration de la peau. Mais il existait aussi une atrophie des organes génitaux avec suppression des fonctions sexuelles. Il existait surtout un syndrome hypophysaire caractérisé par l'aspect acromégalique de la face et des extrémités. L'interrogatoire apprend que le sujet, âgé de cinquante-six ans, a commencé à souffrir à l'âge de vingt-cinq ans. Il a ressenti des maux de tête et une baisse de la vue. Puis la peau a pâli, les poils sont tombés, les fonctions génitales se sont affaiblies, les organes génitaux externes se sont atrophiés. Après une dizaine d'années, les symptômes se sont atténués.

Les examens paracliniques ont montré un métabolisme basal à 19, une formule sanguine normale. Au niveau du fond d'œil, il existe un léger rétrécissement du champ visuel au niveau du segment temporal droit portant sur le vert et le rouge. La radiographie montre un allongement de la face, avec développement particulièrement marqué du maxillaire inférieur dans le sens vertical et dans le sens antéro-postérieur. Les sinus maxillaires sont élargis. Enfin la selle turcique est considérablement élargie avec destruction de la lame postérieure et des apophyses clinoïdes. Il existe également un léger trouble de la glyco-régulation, un léger dolichocôlon.

Image radiologique arrondie intrathoracique dans un cas de neurofibromatose. — MM. Hugonot, Willemin et Ratie présentent un sujet chez lequel à l'examen radiologique systématique fut découverte fortuitement une opacité arrondie, très dense, homogène, des dimensions d'une orange, occupant le sommet pulmonaire et la plage sous-claviculaire interne gauches. Après discussion de différentes étiologies possibles, les auteurs se basent sur l'observation de signes de maladie de Recklinghausen (taches hépatiques et lenticulaires, tumeurs sous-cutanées, nodules nerveux, scoliose dorsale) pour rapporter la tumeur intrathoracique à une localisation viscérale de la neurofibromatose.

M. Grenet a observé une image superposable chez un enfant qu'il suit depuis huit ans.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

M. Lelong a présenté il y a quelques années à la Société de pédiatrie un cas absolument identique. Il s'agissait d'un lymphangiome du cou plongeant dans le thorax.

Tuberculose multiganglionnaire. — MM. A. Clerc, G. Sée et Macrez rapportent l'observation d'un jeune homme de vingt-neuf ans, chez lequel apparaît une polyadénite, principalement sus-claviculaire, avec une mononucléose transitoire à 77 p. 100. Le diagnostic d'adénolymphoïdite simple à monocytes fut posé, mais les masses ganglionnaires persistant, malgré le bon état général apparent, on fit une biopsie qui révéla des lésions bacillaires typiques.

Aleucie hémorragique avec anémie grave après chrysothérapie. — MM. Claude Gautier, P. Seidmann et A. Baudouin rapportent l'histoire d'une jeune femme ayant présenté, au cours d'un traitement par le thiosulfate double d'or et de sodium, quelques épistaxis discrètes et une éruption purpurique.

Malgré l'interruption du traitement, le syndrome hémorragique persiste, puis s'aggrave, et lorsqu'ils ont observé la malade, quatre mois après l'arrêt du traitement par les sels d'or, elle présentait une aleucie hémorragique avec glossite et angine ulcéro-nécrotique, anémie grave et température très élevée. Évolution rapidement mortelle.

Hémopneumothorax spontané avec signes de grande hémorragie interne chez un malade probablement porteur de bronchiectasies. — M. P. Jacob, à propos de l'observation de MM. Troisier, Bariéty et Dugas, rapporte le cas d'un jeune homme habituellement bien portant qui, à l'occasion d'un effort, présenta un hémopneumothorax, le sang épanché retiré par ponction ayant été du volume d'environ trois litres. Contrairement à ce qu'avait observé Troisier, l'accident est ici survenu chez un jeune homme qui présentait un passé pulmonaire, chez lequel on trouvait plusieurs épisodes hémoptoïques à étapes éloignées, dont l'origine semble être bronchiectasique bien que la preuve absolue n'en ait pu être apportée.

Néphrite aurique et néphrose lipoïdique. — MM. F. Rathery et Hurez reviennent sur le cas présenté par M. Weissenbach et ses collaborateurs.

Ayant eu le malade dans leur service pendant deux mois, ils ont pu assister à sa mort qui est survenue à la suite de septicémie pneumococcique.

Ils rapportent l'histoire clinique du malade et les troubles humoraux qu'il a présentés. Ils ont pu faire l'étude histologique du rein, du foie et des surrénales. L'existence d'une néphrite aurique ne paraît pas douteuse ; par contre, ni le rein ni le foie ne présentent d'amylose ni de dépôts abondants d'esters du cholestérol.

Ils discutent la nature de l'affection présentée par le malade, et, rejetant l'hypothèse de néphrose lipoïdique d'Epstein, admettent l'existence d'une néphrite aurique avec œdème et syndrome lipido-protidique secondaire.

Sur la détermination et le mécanisme de certains œdèmes. — MM. Lœper, Riom, Perreau et Roy pensent que dans certains cas d'hépatites aiguës ou subaiguës existe un véritable syndrome ictéro-œdémateux ; l'œdème n'est conditionné ni par l'ascite, ni par l'hypotension artérielle, ni par les troubles cardiaques, mais est en rapport avec les lésions de la cellule hépatique. L'auteur incrimine dans la genèse de ces œdèmes les substances du groupe des imidazols particulièrement abondantes chez ces malades chez qui la cuti-réaction à l'histamine et à l'histidine sont d'ailleurs particulièrement intenses.

Kyste aérien congénital du poumon. — M. Julien Marie.

Jean Lereboullet.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 juin 1936.

Tente à oxygène. — M. Léon Binet et Mlle M. Bochet présentent un modèle de tente à oxygène pouvant s'adapter très rapidement au chevet du malade, peu encombrante, légère, démontable, pliante, dont la mise en œuvre ne présente aucune difficulté et d'un prix de revient modique.

Les auteurs ont très soigneusement étudié et fixé l'importante question du « conditionnement » de l'atmosphère de la tente et ont pu assurer l'abaissement de la température et le degré hygrométrique nécessaires au bien-être du patient ; des dispositifs spéciaux laissent d'ailleurs à celui-ci toute liberté de mouvement et lui assurent une large visibilité, ce qui influe heureusement sur son psychisme.

Nouveaux exemples d'anisergie circulatoire due à certaines interactions pharmacodynamiques. — MM. M. Barizry et Mme D. Kohler rapportent de nouveaux résultats dus à l'interaction de deux agents pharmacodynamiques employés l'un après l'autre.

Le 407 J. L., après ergotamine, donne une anisergie réno-tensionnelle et spléno-tensionnelle. L'ergotamine, après diéthyl-amino-éthyl-éther du 2-méthoxy-6-allylphénol, donne une anisergie réno-tensionnelle et spléno-tensionnelle ; après 407 J. L., il subsiste une anisergie réno-tensionnelle, mais une anisergie spléno-rénale se substitue à l'anisergie spléno-tensionnelle. La caféine, après 407 J. L., a son action sur la rate inversée, d'où apparition d'anisergies réno-splénique et spléno-tensionnelle. Le diéthyl-amino-éthyl-éther du 2-méthoxy-6-allylphénol a également son action sur la rate inversée par l'ergotamine : il apparaît une anisergie réno-splénique et spléno-tensionnelle.

Variations comparées du cholestérol et du sucre sanguin sous l'influence d'une eau bicarbonatée sodique, chlorurée et arsenicale administrée par voie mésentérique en injection lente et continue. — MM. Étienne Chabrol, Jean Cottet et Jean Sallet n'ont pas obtenu avec l'eau de la Bourboule (Choussy-Perrière), administrée chez le chien par voie veineuse mésentérique, les variations importantes de la glycémie qu'ont signalées divers observateurs opérant sur le lapin par voie sous-cutanée. Mais ils ont noté une baisse appréciable du cholestérol et des protides. Dans les mêmes conditions expérimentales, l'eau chlorurée à 7 p. 1 000 n'a déterminé aucune modification comparable. Il ne semble pas que les résultats obtenus soient subordonnés à la masse du liquide introduit.

Propriétés du sérum des animaux traités par un mélange d'haptènes et de sérum syphilitique. — MM. R. Dujarric de la Rivière, M. Kossovitch et S. Ishii signalent que des inoculations successives au lapin, d'un complexe constitué par un haptène (extrait alcoo-

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

lique de cœur de bœuf préparé d'après la méthode de Bordet et Ruelens) et par un sérum humain syphilitique provoquent l'apparition dans le sérum de cet animal, non seulement de précipitines anti-sérum humain, mais de précipitines spécifiques.

Sur la dissociation en variantes R et S du coccobacille de la pseudo-tuberculose des rongeurs. — M. PAUL BOQUET étudie les caractères morphologiques et les propriétés biochimiques et biologiques des variantes R et S qu'il a dissociées de plusieurs souches de coccobacilles de la pseudo-tuberculose des rongeurs.

Effets du vieillissement sur les cultures de bacilles tuberculeux du type bovin. — MM. J. VALTIS et F. VAN DEINSE ayant laissé vieillir à l'étuve deux cultures bovines (respectivement douze et quatorze mois), pensent pouvoir conclure de leurs expériences que la colonie S dysgonique du bacille bovin se comporte comme une forme de résistance sous laquelle ce bacille maintient sa virulence intacte, quand il se trouve dans des conditions défavorables.

Hydrocéphalie expérimentale provoquée par l'ultravirus de la maladie de Nicolas et Favre chez la souris. — MM. C. LEVADITI et R. SCHOEN montrent que l'inoculation transcranienne du virus lympho-granulomateux provoque, chez la souris, une dilatation considérable des ventricules, rappelant l'hydrocéphalie humaine. L'hydrocéphalie apparaît tardivement et s'accompagne ou non de la virulence du névraxe. De telles formations cavitaires encéphaliques peuvent évoluer sans signes cliniques appréciables. Ce serait là un exemple de maladie infectieuse névraxique cliniquement inapparente, si certaines réserves ne s'imposaient quant à la valeur des moyens dont on dispose actuellement pour dépister des troubles objectifs ou subjectifs, chez les animaux de laboratoire.

Voies de pénétration de la peste aviaire adaptée à la souris. — M. P. HABER montre que le virus de la peste aviaire, adapté à la souris, est pathogène pour cette espèce animale, lorsqu'il est introduit dans les fosses nasales, le conduit auditif externe, l'estomac et le testicule, alors qu'il paraît dépourvu de toute action s'il est inoculé sur la surface cornéenne et dans la chambre antérieure de l'œil. Ce virus paraît devoir être classé parmi les ultragermes qui provoquent les épithélioses et les réticulo-endothélioses.

Accroissement de l'état allergique conféré au cobaye par l'inoculation de bacilles paratuberculeux, morveux, de Malassez et Vignal et de brucella morts enrobés dans de l'huile de vaseline. — M. A. SAENZ montre que l'inoculation au cobaye de bacilles paratuberculeux et d'autres germes sensibilisants, morts et enrobés dans de l'huile de vaseline, se traduit, comme pour les bacilles tuberculeux, par un accroissement des réactions allergiques. Mais comme on devait s'y attendre, étant donné le pouvoir sensibilisant médiocre de ces germes, la période antéallergique est plus longue et l'intensité de la réaction est plus faible qu'avec des bacilles de Koch morts enrobés dans de l'huile de vaseline.

Les corps microbiens morts des espèces étudiées contiennent donc une substance commune, qui interviendrait, sous l'influence de l'huile de vaseline, pour renforcer les réactions allergiques.

Variations de l'acide ascorbique dans l'ovaire et spécialement dans le tissu lutéinique. — MM. A. GIROUD, I. CESA, R. RATSIMAMANGA, M. RABINOWICZ. — L'ovaire au moins par un de ses éléments est un des organes riches en acide ascorbique.

Le tissu folliculaire qui se transforme en tissu lutéinique présente du fait de cette évolution d'importantes variations de sa teneur en acide ascorbique. Elles sont corrélatives de ses modifications fonctionnelles.

Il ne serait pas impossible qu'une insuffisande du taux de l'acide ascorbique dans ces tissus chez l'organisme carençable ait des répercussions physiologiques.

Sur la morphologie de la bactéridie charbonneuse. — M. W. SCHAEFER pense que la bactéridie charbonneuse, non capsulée et à colonies rugueuses sur gélose, est encapsulée et à colonies du type lisse muqueux si elle est cultivée sur sérum coagulé. Les souches atténuées se distinguent des souches virulentes par le fait qu'elles s'encapsulent et donnent des colonies lisses même sur les milieux de culture ordinaires.

Nouvelles recherches sur le sort de la toxine tétaniuqe injectée au cobaye après incorporation dans la lanoline. — MM. G. RAMON, E. LEMETAYER et A. GUHATHAKURTA. — Sur des cobayes qui ont reçu de fortes quantités de toxine enrobée dans la lanoline, aucune trace de poison tétanique n'a été retrouvée dans les ganglions voisins du lieu d'injection. Comme ce poison n'a pu être mis en évidence dans le sang des mêmes cobayes, il faut admettre que la toxine injectée dans ces conditions est bien transformée *in situ* à mesure qu'elle sort de sa gangue.

La réaction de Shwartzmann obtenue avec le bacille dysentérique des nouveau-nés (n. sp.). — Mmes MARGUERITE AITOFF, MADELEINE DION et HÉLÈNE DOBKEVITCH ont obtenu une réaction hémorragique intense d'hypersensibilité chez le lapin, en partant du nouveau microbe isolé des selles de nouveau-nés. On emploie comme substance préparante et déchaînante l'endotoxine du microbe. La réaction est spécifique ou para-spécifique. En effet, on observe aussi le phénomène hémorragique en injectant la toxine de coli dans le derme du lapin, et en déclenchant le Shwartzmann avec l'endotoxine du dysentérique des nouveau-nés.

Des substances indifférentes, injectées dans les mêmes conditions, ne donnent pas le phénomène de Shwartzmann.

Election. — M. Chemin est élu membre titulaire.

F.-P. MERKLEN.

NOUVELLES

Corps de santé militaire. — ACTIVE. — Les mutations suivantes sont prononcées :

Médecins colonels : M. Duval, de l'hôpital militaire Saint-Nicolas, Bordeaux, médecin-chef, est affecté à l'hôpital Robert-Picqué, à Villenave-d'Ornon, comme médecin-chef. M. Courboules, professeur agrégé du Val-de-Grâce, de l'hôpital militaire Robert-Picqué, Talence, médecin-chef, est affecté à l'hôpital militaire Robert-Picqué, à Villenave-d'Ornon.

Médecins lieutenants-colonels : M. Solle, de l'hôpital militaire Saint-Nicolas, Bordeaux, est affecté à l'hôpital militaire Robert-Picqué, à Villeneuve-d'Ornon. M. Fauque, médecin des hôpitaux militaires, de l'hôpital militaire Saint-Nicolas, Bordeaux, et président de Commission de réforme, est affecté à l'hôpital militaire Robert-Picqué, à Villenave-d'Ornon et désigné comme président de Commission de réforme.

Médecins commandants : M. Guilmain, de l'hôpital militaire Saint-Nicolas, Bordeaux, est affecté à l'hôpital militaire Robert-Picqué, à Villenave-d'Ornon. M. Noël, de l'hôpital militaire Robert-Picqué, à Talence, est affecté à l'hôpital militaire Robert-Picqué, à Villenave-d'Ornon. M. Ginestet, de l'hôpital militaire Saint-Nicolas, Bordeaux, est affecté à l'hôpital militaire Robert-Picqué, à Villenave-d'Ornon. M. Betirac, du 19e corps d'armée, est affecté au 13e rég. de tirailleurs algériens, Metz.

Médecins capitaines : M. Frejafon, du 19e corps d'armée, est affecté au 150e rég. d'infanterie, Verdun. M. Michaud, de l'hôpital militaire Robert-Picqué, Talence, est affecté à l'hôpital militaire Robert-Picqué, à Villenave-d'Ornon. M. Horrenberger, de l'hôpital militaire Saint-Nicolas, Bordeaux (laboratoire de bactériologie), est affecté à l'hôpital militaire Robert-Picqué à Villenave-d'Ornon (laboratoire de bactériologie). M. Spetebroot, du 19e corps d'armée, est affecté au 13e rég. de tirailleurs algériens, Thionville.

Efforts accomplis par le Comité national de défense contre la tuberculose en faveur de l'enseignement supérieur *(Communiqué par l'Association de la Presse médicale française).* — Il nous paraît opportun de faire connaître au corps enseignant la nature et l'étendue de l'effort accompli par le Comité national de défense contre la tuberculose (66, boul. Saint-Michel, Paris), en faveur de l'enseignement supérieur.

Dès 1923, les dirigeants de cette association, constatant la nécessité qu'il y avait à pourvoir les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de médecins spécialisés en phtisiologie, décidèrent de favoriser les études des candidats à ces fonctions, en leur permettant de venir suivre à Paris les cours de perfectionnement sur la tuberculose, institués par les soins du Comité national. A cet effet, des bourses furent créées et, de 1923 à 1935, plus de 610 000 francs ont été affectés à cet objet.

D'autre part, au cours du dernier exercice, le Comité national a jugé opportun de créer des bourses de recherches sur la tuberculose et des bourses de voyages d'études à l'étranger, pour permettre à des médecins s'orientant vers la phtisiologie de poursuivre leurs travaux soit en France, soit dans d'autres pays. Une somme de 124 000 fr. a déjà été consacrée à ces bourses.

De plus, une contribution de 12 000 francs a été attribuée à l'Institut Pasteur, pour recherches scientifiques sur la tuberculose, en souvenir du regretté professeur Albert Calmette (fondation Albert Calmette).

De même, en mémoire du regretté professeur Léon Bernard, une somme de 6 000 francs — en dehors d'une somme de 3 000 francs versée à la souscription internationale ouverte par le bureau d'hygiène de la Société des Nations — a été réservée pour la création d'une bourse d'études à l'hôpital Laennec (fondation Léon Bernard).

Par ailleurs, le Comité national, estimant qu'il se devait de favoriser la prophylaxie et la cure de la tuberculose chez les étudiants, a jugé opportun de prévoir l'octroi de subventions destinées à la création, dans les Universités, de centres de dépistage pour cette affection. Une somme de 71 200 francs a été déjà répartie, à cet effet, entre les diverses Universités françaises.

D'autre part, le Comité national a tenu à contribuer aux frais d'acquisition et d'installation de l'outillage technique du Sanatorium des étudiants ; une somme globale de 250 000 francs, prélevée sur la faible part (5 p. 100) du produit du timbre revenant au Comité national y a été consacrée.

En outre, une somme de 5 000 francs a été attribuée au « Fonds de secours des Etudiants », comme contribution éventuelle aux frais d'hospitalisation de certains d'entre eux.

Enfin, on doit également au Comité national l'installation d'un appareil radiologique à la Cité universitaire (30 000 francs).

C'est donc un total de plus de 1 110 000 francs que le Comité national a pris la très louable initiative de consacrer aux diverses œuvres ayant pour objet la sauvegarde de la santé des diverses catégories d'étudiants relevant de l'enseignement supérieur.

Nous savons que le Comité national de défense contre la tuberculose se propose de persévérer dans cet effort, dans la limite de ses ressources.

Notes de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine. — Les médecins omnipraticiens, syndiqués et non syndiqués qui pour une raison quelconque, n'ont pas encore répondu au referendum qui leur a été adressé au sujet des tarifs syndicaux minima sont instamment priés de bien vouloir le faire. Il y a intérêt à ce que le bureau de la Fédération reçoive le plus de réponses possible.

La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine croit devoir, dans les circonstances présentes, rappeler aux médecins qu'il est indispensable que les prescriptions légales, au point de vue fiscal, soient exactement suivies et que les déclarations faites en vue de l'impôt cédulaire et de l'impôt général sur le revenu soient sincères et bien équilibrées.

En cas de désaccord à ce sujet, avec le contrôleur, ils doivent s'adresser, pour la Seine, au préconciliateur, le Dr Tissier, 68, rue Jouffroy. La plupart des litiges se trouvent ainsi réglés. Si l'affaire doit être portée devant la Commission de taxation, le fait de ne pas avoir sollicité la préconciliation risque de déterminer une présomption défavorable. *Le Secrétaire général.*

Le voyage médical en Italie du Comité France-Italie (du 15 au 27 septembre 1936). — La Section médicale du Comité France-Italie organise un voyage médical qui aura lieu dans la seconde quinzaine de septembre. Son but

NOUVELLES *(Suite)*

est l'étude des œuvres médico-sociales de l'Italie et la visite des grandes organisations hospitalières.

Par ce voyage, les médecins français signataires de l'important manifeste de l'automne dernier entendent renouveler à l'égard de leurs confrères italiens leur geste de grande estime et d'amitié.

Partis le 15 septembre de France, Paris et province, les voyageurs seront de passage à Turin le 16 dans la matinée ;

A Novare, ce même jour dans l'après-midi ;

A Milan, le 17 ;

A Salsomaggiore, le 18 ;

A Bologne, le 19 ;

A Florence, les 20 et 21 ;

A Montecatini, le 22 ;

A Rome, les 23, 24 et 25 ;

A Vérone, le 26 ;

A Bergame, le 27 dans la matinée.

Les détails concernant les réceptions, les visites scientifiques, artistiques et touristiques, seront donnés ultérieurement.

Les confrères peuvent, avec leur famille directe, participer à ce voyage ; celui-ci promet d'être des plus intéressants, et les conditions qui l'accompagnent seront en tout point exceptionnelles.

Prix (groupe parisien) : 1re classe : 1 630 francs ; 2e classe : 1 270 francs.

Le nombre des participants sera limité ; il est conseillé d'envoyer dans un délai rapproché les adhésions à M. le Secrétaire général de la Section médicale du Comité France-Italie, bureau de la C. I. T., 3, boulevard des Capucines, Paris.

Première séance de l'Association des M. A. d. J. — Les médecins amateurs de jardins se sont réunis en association. Le but du groupement est une documentation réciproque des membres, la mise en commun des graines ou plantes que chacun peut récolter en excès ; divers avantages matériels sont acquis aux sociétaires, etc.. Chacune des quatre réunions annuelles se tient au cours de la visite d'un jardin, d'un établissement horticole particulièrement intéressant.

Comme il se devait, la première réunion fut consacrée à l'Ecole nationale d'horticulture de Versailles. Après un déjeuner fort gai, l'après-midi fut employée à la visite détaillée de l'Ecole d horticulture. Une trentaine de membres y prirent part. Le président, Dr Herbinet, assisté des vices-présidents, Dr Chirie, accoucheur des hôpitaux, et Dr Heins, présentèrent les membres au professeur Lecolier, professeur à l'Ecole nationale d'horticulture. Celui-ci voulut bien consacrer trois heures à une leçon-visite, au cours de laquelle furent examinés les différentes serres de l'école et son verger célèbre. On sait que trois poiriers vivent encore, qui furent plantés par La Quintinie sous Louis XIV. Du point de vue artistique comme du côté technique, ces milliers d'arbres fruitiers merveilleusement conduits offrent un spectacle admirable. Le jardin de fleurs, le jardin botanique de l'école mériteraient plus de temps qu'il ne fut possible de leur en consacrer.

Une séance de la Société fut ensuite tenue dans le grand amphithéâtre de l'école. Le secrétaire général, Dr Dejust, et le trésorier, Dr Nissim, mirent leurs collègues au courant des affaires de l'Association. Celle-ci compte bientôt une centaine de membres. Son service de répartition des graines et plantes commence à fonctionner dès aujourd'hui.

Avant de se séparer, il fut décidé que la prochaine réunion serait consacrée à la visite d'une roseraie célèbre, et qu'une courte conférence y serait faite par le Dr Heins, dont on connaît la compétence rosiériste.

Le lieu et l'heure de la réunion, dernier dimanche de juin, seront annoncés ultérieurement.

Les confrères voulant y prendre part et ceux qui désirent des renseignements sur l'Association sont invités à écrire au secrétaire général : Dr Dejust, 58, rue Saint-Lazare, à Saint-Ouen-l'Aumône.

Syndicat des médecins de Vichy. — On nous communique :

Le syndicat des médecins de Vichy, affilié à la Confédération, et qui groupe 90 médecins de la station, met en garde ses confrères contre une confusion qui pourrait s'établir dans leur esprit avec un prétendu *Syndicat de défense* des médecins de Vichy, tout à fait inconnu dans la station.

Ce dernier vient d'envoyer à profusion une circulaire qui, faisant état d'insinuations dichotomiques inventées de toutes pièces, et entièrement désapprouvées par nous, demande que les malades soient envoyés dorénavant à Vichy sans recommandation pour un médecin local.

Le seul espoir de pouvoir, dans ce cas, pêcher en eau trouble peut expliquer cet appel, qui n'est d'ailleurs pas une nouveauté.

Plus que jamais nous conseillons aux confrères de rester fidèles à leur habitude traditionnelle d'adresser nommément leurs malades à des médecins thermaux dont ils apprécient la valeur et la moralité.

Le président, Dr Glénard.

Pour la réadaptation de l'enfant. — L'assemblée générale annuelle de l'*Œuvre de la réadaptation de l'enfant* a eu lieu le 2 juillet dernier, au Centre de Rééducation, 13, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris (VIe), sous la présidence du Dr de Parrel.

Les rapports généraux présentés par le secrétaire général de l'Œuvre et la fondatrice-directrice générale des Centres sociaux de rééducation, Mme Louise Matha, on mis en lumière l'effort remarquable pris par cette association fondée il y a un an. Dans ce court délai, l'établissement principal du 13, rue de l'Ancienne-Comédie, a été complété par trois centres annexes et un atelier professionnel à Paris, par un centre annexe dans la Seine, à Courbevoie, et par quatre centres annexes en Seine-et-Oise (Versailles, Saint-Germain, Ermont et Enghien).

Soit en tout dix centres où l'on donne chaque mois une moyenne de 2 500 séances de rééducation à un effectif de plus de 500 enfants qui parlent mal, qui entendent mal, qui comprennent mal, qui respirent mal ou qui ont des troubles du caractère, de l'affectivité, de la motricité ; sourds, sourds-muets, demi-sourds, dyslaliques, retardés du langage, déficients psychiques, retardés scolaires, instables, petits pervers, débiles moteurs, obstrués des voies respiratoires supérieures, etc.

C'est par milliers qu'on compte les enfants ainsi entravés dans leur développement par un déficit sensoriel, moteur ou psychique, et l'on peut estimer à *un sur*

NOUVELLES *(Suite)*

cinq le pourcentage de ces inadaptés ou mal adaptés.

L'Œuvre de la réadaptation de l'enfant est affiliée au *Comité national de l'enfance* ; elle est subventionnée par la Ville de Paris et par le département de la Seine.

Cette organisation sociale est la seule en France où toutes ces catégories de déficients puissent recevoir les soins rééducateurs que comporte leur état, sous la forme individuelle et sans quitter le milieu familial.

Les résultats obtenus au cours de ce premier exercice social dépassent toutes les prévisions ; le mérite en revient à l'esprit d'initiative et à l'énergie des dirigeants, à la haute qualité des assistantes *polyvalentes* de rééducation qui assurent l'application des différents procédés de récupération fonctionnelle.

Au reste, le but à atteindre vaut bien l'effort exceptionnel ainsi déployé. Ne s'agit-il pas de revaloriser le capital humain inemployé que représentent tous les traînards de la colonne humaine en marche.

Siège social et Office central de renseignements : 13, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris (VIe).

IVe Congrès de la Presse médicale latine (Venise, 29 septembre-3 octobre 1936). — Nous rappelons à nos lecteurs que le IVe Congrès de la Presse médicale latine aura lieu à Venise, *du mardi 29 septembre au samedi 3 octobre* 1936, sous le haut patronage de S. E. M. le ministre de l'Education nationale d'Italie et sous la présidence du sénateur professeur D. GIORDANO.

Le Comité de patronage du Congrès comprend, à côté de S. A. R. le prince Ferdinand de Savoie, duc de Gênes, les plus hautes autorités politiques, administratives et scientifiques d'Italie et, en particulier, de la province de Venise.

Les séances de travail du Congrès comporteut trois questions :

1° *Histoire de la Presse médicale dans les pays latins.* — Rapporteurs : Professeur Tricot-Royer (Louvain), Dr E. Noguera (Madrid), professeur Laignel-Lavastine et Lévy Valensi (Paris), professeur Rondopoulos (Athènes), professeur Pazzini (Rome), professeur Da Silva Carvalho (Lisbonne), professeur V. Bologa (Cluj).

2° *Influence sociale de la Presse médicale.* — Rapporteurs : professeur A. Le Sage (Montréal), Dr T. Oliaro (Turin), Dr J.-B. Pereira (Rio de Janeiro).

3° *L'enseignement médical et la pratique médicale dans les pays latins.* — Rapporteurs : Professeur Hartmann (Paris), professeur Pérez (Rome), professeurs Danielopolu et Pavel (Bucarest), X... (Madrid).

En dehors des séances de travail, le Congrès comportera :

Des conférences des professeur Maurice Lœper (de Paris), Nicolas Pende (de Rome), A. Castiglioni (de Padoue) ;

Une excursion aux îles de la Lagune de Venise, offerte par la municipalité de Venise ;

Un concert de la « Banda Citadina » sur la place Saint-Marc, avec illumination de la Basilique et du Campanile ;

Une visite de l'Hôpital marin, au Lido ;

Une excursion de deux jours en autocars à Aquileia, Trieste, Abbazia, aux Grottes de Postumia, etc., avec visite des champs de bataille de la guerre de 1915-1918 ;

Une réception offerte par le président du Congrès à l'hôpital Danieli ; un banquet, etc...

Tous les médecins des Pays latins peuvent assister au Congrès, ainsi que les personnes de leur famille.

La cotisation est fixée à 80 lire, ou 100 francs français, pour les membres *titulaires* (directeurs, rédacteurs en chef ou délégués officiels d'un périodique médical), et à 40 lire, ou 50 francs français, pour les membres *adhérents* (journalistes médicaux, médecins non journalistes, personnes accompagnant les congressistes).

Le secrétaire du Congrès est le professeur Saraval, hôpital civil à Venise.

Les adhésions peuvent lui être adressées directement ; elles peuvent l'être également, pour les congressistes non italiens, au Dr L.-M. Pierra, secrétaire général de la Fédération de la Presse médicale latine, « L'Hermitage », Luxeuil (Haute-Saône), ou à M. Robert Gardette, secrétaire administratif de la Fédération, 23, rue du Cherche-Midi, Paris.

Les Journées médicales de Bruxelles. — Sous le haut patronage de S. M. la reine Elisabeth et de S. M. le Roi, du 20 au 24 juin 1936.

La XVe session des Journées médicales de Bruxelles s'ouvrira le 20 juin. Elle sera présidée par M. le professeur ROBERT DANIS.

PROGRAMME. — *Samedi 20 juin.* — A 16 heures, au Palais des Académies : séance solenuelle d'inauguration. Conférence par M. le Dr Maurice Bedel, le célèbre écrivain et orateur français : Pétition à MM. les médecins au nom des malades. — A 21 heures, au Palais des Beaux-Arts : Raoût et soirée dansante, avec le concours de nombreuses attractions.

Dimanche 21 juin. — De 9 à 12 heures et de 14 h. 30 à 18 heures, à l'Université libre de Bruxelles : Conférences. — A 20 heures : Banquet en l'honneur des délégués officiels étrangers, dans les salons du cercle « L'Etrier Belge ».

Lundi 22 juin. — De 8 h. 30 à 10 h. 30, à l'hôpital Saint-Pierre, rue Haute : Séances opératoires et d'applications pratiques. — A 10 h. 30 : Visite officielle du nouvel hôpital universitaire. — De 14 h. 30 à 16 heures, à l'Université : Conférences. — A 20 h. 30, au Théâtre royal du Parc : Représentation de gala.

Mardi 23 juin. — De 9 heures à 12 heures, à l'hôpital Brugmann, à Jette : Séances opératoires et d'applica-

NOUVELLES *(Suite)*

tions pratiques. — De 14 h. 30 à 16 heures, à l'Université : Conférences.

Mercredi 24 juin. — Excursion dans les Ardennes et visite des Grottes de Han (déjeuner à Rochefort et thé au Château d'Ardennes). Un hommage sera rendu à la mémoire du roi Albert devant le rocher de Marche-les-Dames.

Un programme est spécialement conçu pour les dames. Il comprend, en plus des fêtes et cérémonies déjà annoncées, une réunion hippique au Champ de Courses de Boitsfort, une visite guidée de l'hôtel de ville et du Musée communal, une visite des châteaux de Grand-Bigard et de Beersel, des thés, etc.

Le carnet du congressiste contenant tous renseignements pratiques et le programme détaillé sera envoyé une dizaine de jours avant l'ouverture du Congrès.

MEMENTO CHRONOLOGIQUE

20 JUILLET. — *Paris.* Hospice national des Quinze-Vingts. Ouverture d'un concours pour trois emplois de chef de clinique adjoint à la clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts.

20 JUILLET. — *Bâle, Zurich, Berne.* Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française.

20 JUILLET. — *Limoges.* Direction des P. T. T. Date limite pour l'inscription en vue du concours pour la nomination d'un médecin consultant au Comité médical régional de Limoges.

25 JUILLET. — *Londres.* IIe Congrès international de microbiologie.

27 JUILLET. — *Paris.* Congrès international d'hygiène mentale.

27 JUILLET. — *Berlin.* Congrès international de la médecine et du sport.

CHRONIQUE DES LIVRES

Traité d'embryologie des vertébrés, par BRACHET. Seconde édition revue et complétée par A. DALCQ et P. GÉRARD. 1935, 690 pages, 603 figures (*Masson et Cie, éditeurs, Paris*).

En 1921 a paru le magnifique *Traité d'embryologie des vertébrés* de Brachet. Devenu rapidement classique, il a été complété quelques années plus tard, pour les autres classes zoologiques, par l'excellent *Traité d'embryologie des invertébrés* de Dawydoff. Les biologistes ont donc actuellement à leur disposition deux traités d'embryologie, en langue française, qui couvrent tout le règne animal.

L'embryologie qui, jusqu'à la fin du XIXe siècle, se donnait surtout pour mission de retrouver dans l'ontogenèse les facteurs que l'on observe dans la phylogenèse, est devenue, depuis le début du siècle, une science expérimentale. Comme bien des sciences, elle est passée de l'observation à l'expérimentation, pour faire probablement demain ses premiers pas dans la prédiction des phénomènes de son domaine. Mais avant d'expérimenter il est indispensable de connaître complètement et d'une façon comparative les faits acquis par l'observation. C'est ce but que remplit le traité de Brachet pour l'embryologie des vertébrés.

Dalcq, qui a succédé à la chaire de Brachet à Bruxelles, et Gérard, de la même Université, ont établi la liaison entre les notions déjà classiques et les acquisitions si considérables de ces quinze dernières années. Ils ont refondu complètement certains chapitres, tels que ceux concernant la gastrulation et la formation de l'embryon, les annexes fœtales, l'origine des gonocytes, etc. Tout en complétant les autres, ils ont mentionné aussi souvent que possible les résultats de l'embryologie expérimentale ou causale, pour employer le terme que Brachet considère comme celui qui lui convient le mieux. Ils se sont pourtant limités à celles des données de l'embryologie causale qui facilitent l'interprétation des processus de l'ontogenèse normale.

La première partie, qui a trait à l'embryologie générale, s'occupe successivement des cellules sexuelles et de la fécondation, de la segmentation et formation de la blastula, de la gastrulation et formation de l'ébauche embryonnaire, du mésoblaste et mésenchyme, de la théorie des feuillets, du développement de l'appareil vasculaire, de la formation des annexes fœtales et du placenta. La deuxième partie, ou embryologie spéciale, résume nos connaissances sur le développement de la tête, puis du tronc.

On nous permettra une critique concernant la terminologie. Les embryologistes, de façon générale, s'accordent pour nommer les feuillets embryonnaires : ectoderme, endoderme, et mésoderme. Brachet a cru bon d'y substituer les noms, plus exacts, d'ectoblaste, entoblaste, mésoblaste. Il nous semble pourtant préférable de retenir l'ancienne terminologie, qui, tout en employant des noms moins nettement embryologiques et descriptifs, a pour elle l'usage qui, dans une science aussi ancienne que l'embryologie, a des droits indiscutables. La littérature embryologique mondiale a accepté depuis longtemps l'ancienne terminologie et le supplément d'exactitude qu'apporte Brachet ne compense pas la confusion qui suivrait l'abandon de noms fondamentaux qui ont passé dans le langage scientifique courant.

La nouvelle édition de l'embryologie de Brachet est en tous points digne de la première. Elle met au point des notions qui, intéressantes par elles-mêmes, le sont peut-être encore plus par les horizons expérimentaux nouveaux qu'elles nous ouvrent. R. MAY.

VARIÉTÉS

LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE

Par Charles RICHET

« Pour la France, la question de la dénatalité n'est pas la plus importante : c'est la seule » disait jadis mon père à la tribune de l'Académie.

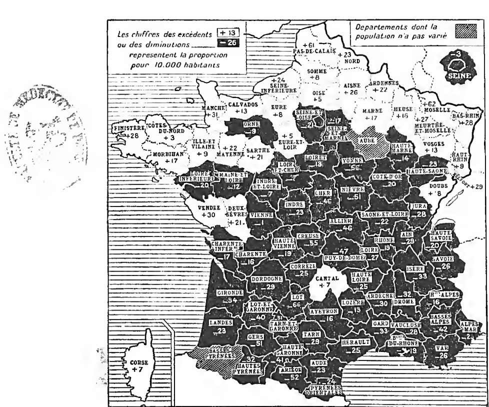
Ce cri d'alarme est maintenant encore plus justifié qu'il n'était il y a vingt ans. Voyons les chiffres — la courbe est inexorable. La France avait 1 million de naissances en 1875, 900 000 en 1900, 800 000 en 1910, 750 000 en 1928. En 1935 il n'y en a eu que 635 000. La population est en apparence stationnaire. De fait elle diminue, car la proportion de vieillards est plus forte en France que dans n'importe quel autre pays, et notre déficit réel est comblé par l'immigration. Or, s'il est de bons éléments, il en est d'indésirables, oh, combien !

Tout a été dit sur les conséquences de cette dépopulation — conséquences militaires, coloniales, agricoles, économiques, — et déjà en 1913 un publiciste anglais voyant combien la France se dépeuplait, résumait l'état de notre pays par l'expression « Dying Nation ».

Or depuis quelque temps une campagne se dessine qui aurait pour résultat de diminuer encore notre natalité. Ceci sous le camouflage de « l'Eugénique ».

Une récente leçon à la Faculté, faite, il est vrai, à un cours libre et publiée dans *la Prophylaxie antivénérienne* de juin 1936, semble concrétiser quelques-uns des arguments mis en avant pour justifier cette théorie. Qu'il soit permis à un modeste serviteur de cette même Faculté de montrer combien, je ne dis pas néfastes, je dis mortelles, seraient pour notre malheureux pays ces théories surtout émises par une personnalité comme M. Sicard de Plauzoles,

Rappelons que l'Eugénique a été fondée par le professeur Pinard et le professeur Richet, apôtres de la repopulation. Jamais il n'est venu dans leur pensée de faire de l'Eugénique une variété de néo-malthusianisme. Malthus a prophétisé, soit ; mais ses prévisions, vieilles de cent quarante ans, ont été démenties une à une, on ne peut que le considérer comme un faux prophète (un de plus !) : ne nous y référons pas. Qu'il faille lutter contre la mortalité infantile : parfait ! Mais même si aucun enfant de zéro à un an ne mourait (il en meurt 40 à 50 000 par an), notre pays n'augmenterait guère. Qu'on interdise la procréation à un idiot ou à un syphilitique en pleine période secon-



En blanc : les départements où le chiffre des naissances est en excédent sur celui des décès. En noir : les départements où le chiffre des décès a dépassé celui des naissances (D'après *Familles de France* (fig. 1).

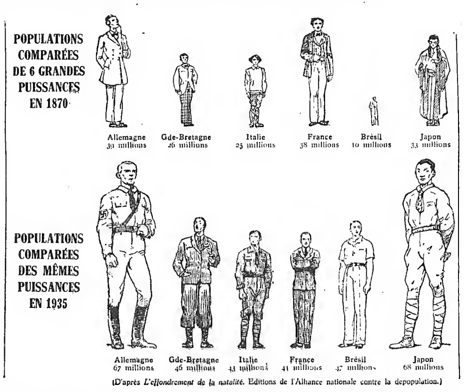
VARIÉTÉS *(Suite)*

daire, c'est plus que normal. Qu'on s'attaque à l'alcoolisme ou à la tuberculose ou à la sous-alimentation, c'est la vraie Eugénique et nous devons savoir gré à M. Sicard de Plauzoles d'y insister à nouveau.

Mais voilà que maintenant, sous prétexte d'Eugénique, on ne conseille la reproduction qu'aux couples absolument parfaits (ils ne sont guère nombreux). Encore doivent-ils, avant et pendant la conception, loucher sur leur compte en banque, puisqu'il leur est recommandé de « mesurer le nombre de leurs enfants sur les moyens qu'ils ont de les élever » (*loc. cit.*). Que cette règle soi-disant morale devienne, suivant le

Wagram, en 1830, l'année la conquête de l'Algérie, ou en 1881, l'année de notre essor colonial, qu'en 1936 ?

De médication il n'en est qu'une, puisque, hélas, on ne peut parler du relèvement de l'idée religieuse ou morale qui constituerait la seule vraie thérapeutique. Deux siècles de civilisation matérielle ont eu comme résultat, l'effondrement religieux et moral. Notre égoïsme masqué par le mot de solidarité est tel que l'idéal national si magnifique encore en 1920 n'est plus, en 1936, le moteur que d'une élite, idéal que les « Puissances » ennemies de l'âme française s'efforcent de diluer, c'est-à-dire de détruire.



(D'après *L'effondrement de la natalité*. Editions de l'Alliance nationale contre la dépopulation.)

. En soixante-six ans, la France s'est laissé dépasser par le Japon, le Brésil, la Grande-Bretagne et l'Italie (fig. 2).

précepte de l'éthique Kantienne, la règle universelle, et notre natalité tomberait à 200 ou 300 000.

Pour quelqu'un qui meurt d'inanition, et c'est le cas de la France, inanitiée d'enfants, mieux vaut encore une alimentation suffisante, même de qualité ordinaire, qu'une parcelle d'un aliment exquis. Dans un cas c'est encore la vie ; dans l'autre, c'est la mort.

Et puis de quel droit prétend-on que si chaque couple riche ou pauvre, peu importe, avait les quatre ou cinq enfants qu'ont les familles italiennes ou allemandes, ces enfants seraient des dégénérés ? Il était une période où la France se peuplait normalement. Est-ce qu'il y avait plus d'idiots ou de débiles mentaux en 1809, l'année de

Les couples n'ont plus d'un enfant que lorsque tel est leur intérêt.

La thérapeutique, c'est de donner sous une forme ou sous une autre une véritable prime *suffisante* et non ridicule pour chaque naissance d'enfant (prime à la natalité, sursalaire familial, diminution d'impôts).

Partout, que ce soit dans l'ancienne Rome (loi Julia), que ce soit dans les temps modernes (expérience Michelin), les faits ont prouvé ceci :

« Chaque fois que la naissance d'un enfant amène des avantages matériels suffisants, la natalité augmente. »

Or, aujourd'hui nous voyons le phénomène inverse.


MÉTHODE DE WHIPPLE
SYNDROMES ANÉMIQUES
HÉPATHÉMO
DESCHIENS
FRAIS
AMPOULES
SIROP
LABORATOIRES DESCHIENS
9, RUE PAUL BAUDRY, PARIS VIIIe

VARIÉTÉS *(Suite)*

Pour qui la vie difficile ?

Pour les familles nombreuses.

Que sont-elles dans l'existence du pays ?

Tout.

Qu'ont-elles obtenu jusqu'à présent ?

Rien.

Que demandent-elles ?

La Justice.

Et c'est justice que de les avantager, nous dirions presque que de commettre des injustices à leur profit.

Ces derniers temps, une révolution s'est accomplie. La valeur des trois éléments classiques : travail, capital, intelligence, s'est modifiée. Que le travail manuel soit mieux rémunéré, soit, mais surtout que le capital humain le soit davantage.

« Il n'est force ni richesse que des hommes », disait déjà au XVI[e] siècle le vieux Jean Bodin.

Jadis la Terreur avait proféré, dit le naïf Michelet, ce terrible dilemme : « La Fraternité ou la mort ». Aujourd'hui devant le pays se pose cet autre dilemme qu'aucun sophisme ne pourra rompre :

« Des enfants ou la mort ».

LA MÉDECINE AU PALAIS

TRAITEMENTS ESTHÉTIQUES

La mode est à la chirurgie esthétique, et on voit dans les journaux, à côté des ondulations permanentes et des soldes des grands magasins, des réclames pour rajeunir, refaire des poitrines « rebondies », réparer les tristes injures du temps. A Hollywood, la plus jeune et la plus fraîche des artistes est d'abord confiée à des médecins qui la font engraisser ou maigrir, puis à des spécialistes qui lui font une physionomie standardisée selon la formule esthétique du jour : c'est l'unité de sourcils dans l'unité d'expression.

Ici, on n'en est pas encore là, mais combien de femmes sont sollicitées par la publicité de ceux qui les incitent à n'avoir plus ni barbe ni moustache et qui s'ingénient à trouver dans la coquetterie un moyen constant de gagner aisément leur vie.

Dès avant la guerre les tribunaux ont protesté contre cette déformation de l'art médical, et ils ont déclaré que tout dommage causé par une opération dangereuse, inutile pour la santé et uniquement causé par un objectif esthétique pouvait donner lieu à des dommages indirects, puisque le seul le but curatif justifie l'essai de méthodes dangereuses, alors que les rigueurs de celles-ci sont hors de proportion avec un but aussi mince.

C'est ce que la Cour de cassation a fort bien dit dans son arrêt du 29 novembre 1920 que nous avons analysé dans *Paris médical.*

Il est nécessaire d'ajouter de suite que cette défaveur ne s'applique pas aux médecins et aux chirurgiens admirables qui réussirent, après une bataille ou après un accident, à refaire un visage humain là où il n'y a plus qu'un chaos de chairs, mais... aux autres.

Un nouvel arrêt vient encore de renforcer cette jurisprudence aujourd'hui bien établie : En 1924 une jeune femme s'adressait à un médecin pour lui demander comment elle pourrait faire disparaître les poils nombreux qu'elle avait sur les jambes et qui faisaient très vilain effet sous les bas de soie, disgrâce d'autant plus déplaisante qu'on portait des jupes courtes.

Le médecin fit des applications de rayons X et le résultat en fut une radiodermite incurable, et la coquette devenue malade réclama des dommages-intérêts.

La faute initiale du médecin est ainsi définie par le jugement du tribunal de Lyon du 3 janvier 1936 : il y a une disproportion évidente et énorme entre le résultat à obtenir et le risque à courir, le médecin aurait donc dû refuser son concours ; en le prêtant, il a méconnu le premier intérêt de sa cliente qui était de conserver la santé, il a méconnu cette évidence que les buts principaux de la médecine sont de donner la santé aux malades et d'éviter la maladie aux gens bien portants ; par conséquent, en appliquant sans nécessité son périlleux procédé d'épilation le médecin a commis une faute.

Devant le tribunal de Lyon le médecin radiographe avait présenté une défense qui ne paraît pas avoir séduit les juges, et qui en tout cas semble assez aventureuse.

Je ne suis pas responsable, faisait-il plaider, parce que l'abondance de poils est une véritable infirmité, c'est une hypertrichose, qui amène des démangeaisons ; mais le tribunal de répondre que la santé de la cliente n'était pas en danger et qu'en tout cas il y a loin de ces démangeaisons aux ulcérations causées par ses soins.

En tout cas, j'ai prévenu la cliente, disait-il, et si je n'avais pas agi, elle en aurait trouvé un autre qui l'eût soignée.

Ici le médecin confond l'opération esthétique avec l'opération curative pour laquelle il faut faire accepter une opération nécessaire, tandis que son devoir était au contraire de détourner une femme d'un traitement dangereux et inutile. Quant au fait de dire qu'un autre eût traité la

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

cliente, ce n'est pas un argument : d'abord ce n'est nullement prouvé ; de plus, on n'a jamais admis comme excuse le fait qu'une faute aurait pu être commise par d'autres.

Le médecin avait enfin fait valoir que sa cliente était prédisposée à la dermite, car un premier essai d'épilation du genou avait déjà été infructueux. Ce dernier argument semble être particuliairement téméraire, car si le fait était exact il devait mettre l'attention du médecin en éveil et l'inciter à se méfier, puisqu'il était prévenu d'une prédisposition fâcheuse chez la cliente.

Tous ces faits relevés par le tribunal ont abouti à la reconnaissance de la responsabilité du médecin, et c'est vraiment fâcheux, car la chirurgie esthétique en ressent une nouvelle atteinte et, les risques augmentant, la mauvaise renommée s'en mêlant, on arrivera à ce que les médecins sérieux, même dans des cas utiles, refusent des soins nécessaires de peur d'être confondus avec les spécialistes des soins de beauté, que seuls les juges veulent atteindre.

D'ailleurs le tribunal de Lyon a ordonné une expertise pour fixer le préjudice et, en attendant, il accorde 100 000 francs de provision, ce qui indique bien le degré de sa désapprobation et de son indignation.

Le jugement publié au *Dalloz hebdomadaire*, 1936, p. 128, est ainsi libellé :

« Attendu qu'il est constant qu'en 1924, le Dr X... a, sur la demande de la dame P... alors âgée de vingt-six ans environ, fait à celle-ci des applications de rayons X aux jambes pour l'épiler ;

Attendu qu'il résulte de certificats médicaux communiqués, non contestés et convaincants, que depuis 1926 la dame P... est atteinte de radiodermite aux jambes, conséquence de l'application des rayons X. ;

Attendu que la dame P... demande condamnation du Dr X... en indemnité dont 100 000 francs par provision.

(A suivre.)

ADRIEN PEYTEL,
Avocat à la Cour d'appel.

REVUE DES CONGRÈS

XV[e] RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE

Paris, 26-27 *mai* 1936.

La circulation cérébrale.

M. RISER, rapporteur.

I. — Les échanges de toutes sortes se produisent sans intermédiaires entre l'endothélium vasculaire et le milieu humoral interstitiel. La substance nerveuse n'échappe pas à cette loi générale ; particulièrement différenciée, particulièrement fragile, elle supporte mal l'ischémie et pendant peu de temps ; les éléments cellulaires fondamentaux ne se renouvellent guère.

Dans ces conditions, l'importance d'une circulation sanguine cérébrale abondante et surtout régulière, n'échappe pas.

II. — **Une vue d'ensemble** permet les constatations suivantes :

a. Les centres nerveux sont maintenus suspendus dans le liquide céphalo-rachidien, comme le prouvent les pressions « négatives » prises dans les lacs de la base, en position verticale.

b. A l'état physiologique, le volume du liquide céphalo-rachidien est très peu variable pour chaque sujet ; il n'y a pas de renouvellement constant, rapide ; au contraire, il s'agit bien « d'eaux dormantes », sauf après soustraction.

c. Les dispositifs veineux et artériel du cerveau diffèrent essentiellement : le premier ne forme qu'un vaste lac sanguin communiquant largement avec l'extérieur. Le second comporte bien un système ouvert (districts des circonvolutions, avec anastomoses nombreuses), mais aussi un contingent important d'artères terminales, vascularisent avant tout les formations centrales.

d. La structure des artères cérébrales ne présente rien de particulier.

e. Il existe un riche réseau nerveux arachnoïdien péri et intravasculaire, superficiel et profond ; mais ses connexions exactes sont encore mal connues.

f. Les rapports hydro-dynamiques généraux dans la boîte cranienne sont régis assez étroitement par un certain nombre de lois que la célèbre doctrine de Monro-Kellie-Burrows n'englobe pas entièrement :

Les centres nerveux échappent à la pression atmosphérique ; le tissu nerveux lui-même est incompressible ; l'élément élastique à l'état physiologique existe, mais reste minime, constitué essentiellement par le système veineux.

Les variations du volume du liquide céphalo-rachidien ou du cerveau ne sont pas compensés d'une manière aussi exacte que le disent les promoteurs de la doctrine ; après soustraction du liquide céphalo-rachidien, il y a bien une vaso-dilatation veineuse, mais elle est loin de compenser l'hypotension cranienne. Le retour à la normale de la pression cranienne est dû essentiellement à une reproduction du liquide céphalo-rachidien.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

III. — Les **techniques d'étude** de la circulation cérébrale sont très nombreuses. La connaissance du *débit sanguin cérébral*, précis, nuancé, et de ses variations physio-pathologiques est le but fondamental à poursuivre. Il domine évidemment toute la question des métabolismes et des échanges.

Il est essentiel, dans les dispositifs expérimentaux, quels qu'ils soient, de connaître la pression artérielle générale, dans les carotides internes ou les vertébrales.

L'exploration vasculaire d'un organe par sa seule pulsatilité artérielle est une méthode très précaire. La seule observation du calibre vasculaire, même très précise, ne constitue qu'un élément du problème, intéressant, mais très partiel, renseignant sur la vaso-motilité possible ; cette seule méthode ne peut renseigner utilement sur le débit réel.

Les méthodes de perfusion comportent encore de grosses causes d'erreur. La pléthismographie cérébrale a un intérêt incontestable si elle est pratiquée avec une pression d'apport constante, en évitant l'hypertension veineuse et la déperdition de liquide céphalo-rachidien.

Les inscriptions de pression dans le cercle de Willis explorent bien plus l'ensemble artériel du cercle que les artères cérébrales qui en émanent.

Les stromuhren renseignent assez bien sur le débit sanguin dans les gros vaisseaux, carotides internes, vertébrales, mais là seulement.

La mesure du débit sanguin intraparenchymateux par les sondes thermo-électriques représente une technique pleine d'avenir.

IV. — Le **débit sanguin cérébral** peut être évalué à 100 centimètres cubes par minute et pour 100 grammes de cerveau.

Ses principaux *facteurs* sont constitués par :

a. La pression à peu près constante du liquide céphalo-rachidien ;

b. La suspension des centres nerveux dans le liquide céphalo-rachidien ;

c. Le nombre et l'importance des voies afférentes et efférentes ;

d. Le volume, la pression et la vitesse du sang expulsé par le ventricule gauche à chaque systole ;

e. L'influence de la masse du sang.

Toutes les conclusions expérimentales s'accordent sur les faits suivants : la diminution de la masse sanguine de un cinquième, au moins, diminue en quelques instants le contenu intracranio-rachidien ;

f. L'aspiration thoracique s'exerce puissamment sur les grands lacs veineux et cérébraux ; et inversement, une hypertension veineuse se transmettant aux jugulaires, augmente le volume cérébral et ralentit le débit artériel ;

g. L'influence de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle sur le volume cérébral est modérée, mais elle est très importante sur le débit ;

h. La vitesse de la colonne sanguine dans le cerveau est un facteur très important : en une seconde, le réactif test introduit dans la carotide primitive est retrouvé dans un sinus veineux.

Le calibre des vaisseaux n'intervient pas autant qu'on pourrait le supposer ; l'augmentation de la vitesse du sang pourra empêcher une diminution du débit à l'endroit rétréci.

V. La **vaso-motilité des vaisseaux cérébraux** et de l'artère centrale de la rétine, est très particulière.

a. Des spasmes considérables sont faciles à obtenir par l'excitation mécanique, le courant faradique ; ils intéressent uniquement le segment artériel irrité. Cela est donc bien différent de l'action du système vaso-moteur au niveau des artères périphériques.

b. Dans l'état actuel des choses, le sympathique ne joue pas un rôle régulateur incontestable sur les tonus des vaisseaux cérébraux proprement dits, émanant des branches du cercle de Willis.

Il a un rôle peut-être plus certain, mais mal précisé, sur la tonicité artérielle des grosses artères afférentes, carotides internes, vertébrales. Sa destruction ne modifie pas le calibre des vaisseaux piaux méningo-cortieaux et de l'artère centrale de la rétine, dans les heures qui suivent.

L'excitation du ganglion cervical supérieur ne détermine jamais de spasme, ni même de contraction très appréciable des vaisseaux cérébraux, cortico-méningés et rétiniens, tandis que le spasme des artères périphériques est constant, considérable.

En l'état actuel des choses, on ne saurait considérer le sympathique cervical comme un appareil de contrôle et de régulation, imposant un état relatif d'inertie et d'indifférence aux artères cérébrales et rétiniennes;

c. *L'action de l'adrénaline*, chef de file des sympathomimétiques sur la circulation cérébrale, est toujours très contestée. La plupart des auteurs admettent une action nette de la drogue sur les vaisseaux cérébraux. Le rapporteur a pris une position différente :

L'adrénaline introduite à haute dose au contact direct du bulbe, chez le sujet vivant et non endormi, ne détermine pas de constriction des vaisseaux, suffisamment importante pour déterminer le moindre trouble fonctionnel.

L'action locale de l'adrénaline sur les artères piales est extrêmement faible en solution isotonique, neutre, à 37°. Dans 25 p. 100 seulement des cas, on observe une minime vaso-constriction de 15 p. 100 du diamètre primitif au maximum. Dans les mêmes conditions, le spasme des vaisseaux périphériques du même calibre est de 90 à 100 p. 100.

On peut être assuré de l'inefficacité sur les vaisseaux cérébraux, de l'adrénaline injectée par voie veineuse ou carotidienne, même en circulation régularisée, qui empêche une distension passive de ces vaisseaux.

L'atropinisation préalable, l'alcalose certaine, la préparation préalable par les spasmolytiques, tartrate d'ergotamine et yohimbine à dose suffisante pour inverser les effets de l'adrénaline, la destruction du sympathique cervical, n'ont jamais modifié, dans nos expériences tout au moins, l'indifférence des vaisseaux piaux, méningo-corticaux et rétiniens à l'adrénaline.

Les effets de l'adrénaline sur l'ensemble vasculaire intracranien, sur le débit sanguin cérébral, sont beaucoup moins précisés. Il est cependant possible de dire : les portions extra-craniennes des carotides internes, des vertébrales, sont plus sensibles à l'adrénaline que les artères du cercle de Willis et celui-ci plus sensible que les branches émettrices, nourricières. L'action véritable de

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

l'adrénaline est très peu marquée sur l'ensemble des vaisseaux cérébraux ;

d. Les *excitations du vague* ont produit des modifications très minimes et très inconstantes des vaisseaux plaux. On ne saurait lui attribuer un rôle vaso-moteur certain ;

e. Il ne paraît pas possible d'assimiler à des phénomènes nerveux de vaso-motilité cérébrale, la contraction brutale, locale, des artères cérébrales au contact de la soude NaOH N/7, du chlorure de baryum ;

f. Par contre, on peut admettre l'action vaso-dilatatrice élective de l'acide carbonique, du nitrite d'amyle, de l'acétylcholine, de l'histamine, beaucoup plus minime qu'on le dit habituellement ;

g. En l'état actuel des choses, la circulation, le débit sanguin du cerveau ne sont pas régularisés dans un sens ou dans l'autre par des vaso-moteurs cérébraux, spécifiques au sens exact du mot, dont l'existence n'est pas démontrée ; l'appareil régulateur n'est pas là.

VI. Les véritables actions régulatrices et compensatrices de la circulation cérébrale sont exercées avant tout par **l'appareil sino-carotidien** subissant certaines actions hormonales et variations de pression.

a. L'excitation mécanique ou électrique du sinus diminue dans tous les cas la pression cranienne globale, en même temps que la pression artérielle, mais non le calibre artériel des vaisseaux piaux, d'une manière sensible et constante.

L'appareil sino-carotidien n'agit donc pas directement sur des vaso-moteurs plus ou moins hypothétiques, mais bien sur la circulation cérébrale d'apport extracranienne, et cela de deux manières, directe et indirecte. Indirectement par différentes régulations d'ordre général, par des réflexes cardiaques, vaso-moteurs artériels splanchniques, périphériques, vaso-moteurs veineux et capillaires, adrénalino-sécrétoires, d'où des compensations et des réglages circulatoires très rapides et ajustés intéressant essentiellement, en dernière analyse, la vitesse et le volume du sang circulant, le débit cardiaque, le rythme respiratoire. Tous les organes, tous les tissus profitent évidemment de cette régularisation du débit cardiaque et de la pression artérielle générale, et le cerveau en premier lieu.

Un certain nombre d'expériences cruciales montrent une intervention plus directe de l'appareil sino-carotidien sur la circulation encéphalique.; il a pu être démontré, d'une manière précise, que la régulation de la fréquence du cœur en rapport avec la pression artérielle céphalique est exclusivement à rattacher à une régulation réflexe... par l'intermédiaire de la pression endovasculaire agissant au niveau des zones sino-carotidiennes.

b. La question des compensations circulatoires du débit (en dehors des anastomoses, bien entendu) est d'un extrême intérêt : la suppression d'une carotide, d'une vertébrale, est compensée par une augmentation du débit de 80 à 100 p. 100 dans l'artère homologue, quelle que soit la pression générale.

c. De nombreuses actions hormonales et pharmacodynamiques s'exercent sur l'appareil sino carotidien

Les variations du rapport $\frac{O}{CO^2}$ sont d'une particulière importance et bien approfondis ; toutes ces substances, incapables d'agir directement sur les vaisseaux cérébraux, peuvent avoir cependant une influence indirecte sur la circulation cérébrale en modifiant tout d'abord l'appareil sino-carotidien.

VII. — Toutes les circulations locales, périphériques et viscérales subissent un certain nombre d'influences susceptibles de faire varier beaucoup le débit sanguin.

Les artères périphériques sont particulièrement sensibles pour deux raisons : importance du système sympathique vaso-constricteur et susceptibilité à subir les modifications externes. Les artères viscérales échappent bien plus facilement à ces dernières.

Les vaisseaux artériels du cerveau, du cœur, des poumons, de l'œil, sont, à l'état physiologique, particulièrement inaptes au spasme ; sur eux, les excitations sympathiques sont à peu près sans action. Il s'agit là d'une propriété fondamentale, et les phénomènes de « libération » concernant ces vaisseaux sont fort douteux.

C'est dire que la régulation du débit cérébral ne se fera guère par l'intermédiaire d'un système vaso-moteur différencié et spécifique ; exception paraît devoir être faite pour quelques hormones vaso-dilatatrices et pour CO^2. Elle subira des influences passives, d'ordre circulatoire général, bien corrigées, du fait de la situation du cerveau, dans une boîte rigide, avec un élément d'élasticité réduit, constitué, avant tout, par le système veineux.

Une régulation très ajustée de tous ces éléments semble être assurée par l'appareil sino-carotidien et le jeu des compensations. Toutes les recherches modernes sur ces appareils régulateurs sont d'un haut intérêt ; elles ne doivent pas faire oublier que le facteur essentiel de la circulation cérébrale est peut-être tout simplement le ventricule gauche et des voies d'apport au parenchyme très nombreuses, assurant un large excédent de débit, à l'état physiologique et dans nombre de circonstances pathologiques.



SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 10 juillet 1936.

Les réactions de la vésicule biliaire dans l'appendicite chronique et les inflammations du côlon droit. — M. P. Brodin et Mme Tedesco montrent que, à côté du spasme duodénal siégeant au *genu inferius* et dû à la propagation au duodénum, par voie lymphatique, de l'inflammation de la région iléo-cæcale, l'étude de la traversée digestive permet souvent de mettre en évidence dans l'appendicite chronique et les inflammations du côlon droit, l'existence d'un deuxième spasme siégeant au niveau du *genu superius* et empêchant l'évacuation du bulbe duodénal.

Ce spasme du *genu superius* s'accompagne du syndrome clinique caractéristique de la stase vésiculaire et la radiographie de la vésicule après absorption de radio-tétrane montre une vésicule ne s'évacuant pas après repas gras.

L'existence de ce spasme traduisant non une compression mais une inflammation de voisinage démontre que l'absence d'évacuation de la vésicule, en pareil cas, n'est pas liée à une simple atonie, mais à une cholécystite dont l'origine doit être recherchée dans les altérations des sécrétions duodénales ou l'existence d'une pancréatite.

Diabète insipide apparu après application d'un appareil à friser les cheveux. — MM. Ph. Pagniez, A. Plichet et R. Pannet relatent l'observation d'une femme de trente-six ans qui, par une journée très chaude de juillet 1934, se fait faire une « indéfrisable ». Pendant l'application de l'appareil la malade est très incommodée et on doit lui refroidir le crâne par un courant d'air froid. Le lendemain, elle souffre de la gorge sans angine et le surlendemain apparaît une soif ardente avec polyurie. En quelques jours, le taux des urines atteint de douze à quinze litres et le diabète insipide est constitué avec ses caractères habituels.

En octobre 1934, séjour à l'hôpital Saint-Antoine où on constate une polyurie quotidienne régulière de 13 litres avec faible densité et élimination de 1,34 de chlorure par litre, sans trace d'albumine, sans sucre.

L'examen et l'enquête sont par ailleurs absolument négatifs : pas de traumatisme, pas de maladie récente , pas de syphilis, aucune altération du système nerveux, aucun signe de tumeur cérébrale (fond d'œil normal, radiographie normale).

Depuis deux ans ce diabète se maintient. L'existence est rendue possible par l'extrait hypophysaire postérieur, qui, utilisé quotidiennement par la voie nasale, permet de maintenir la polyurie à un taux de 5 à 6 litres auquel la malade s'est adaptée.

Chose curieuse, la malade s'étant, en janvier 1936, fait refaire une « indéfrisable », de courte durée d'ailleurs et sans incident, la polyurie a fléchi pendant trois jours et l'extrait hypophysaire avait pu être abandonné. Après trois jours, podyipsie et polyurie reparaissaient aussi intenses.

Bradycardie par dissociation complète avec déformations alternantes des complexes ventriculaires. — MM. Georges Marchal, D. Routier et P. Soulié rapportent un cas curieux de syndrome de Stokes-Adam avec déformations exceptionnelles de l'électrocardiogramme. Il s'agit d'une dissociation auriculo-ventriculaire complète, accompagnée de syncopes. Les complexes ventriculaires sont formés par des couples d'ondes, animées et de sens opposé, du type droit et du type gauche. Mais le sens de la précession varie et durant certaines périodes subit un renversement régulier, alternant, un groupement commence par une onde du type gauche, le suivant par une onde du type droit, et ainsi de suite. L'étiologie paraît résider dans des lésions coronariennes importantes sur le rameau irriguant le faisceau de His, parcellaires et spasmogènes sur les rameaux nourriciers de ses deux branches. Il y aurait bloc périodique de chacune des deux branches, et même possibilité de « bloc à bascule ». Le phonocardiogramme a permis d'enregistrer les vibrations des systoles en écho.

Le syndrome hyperfolliculaire, son traitement par les injections d'hormone lutéinique. — MM. Gilbert-Dreyfus, A. Mathivat et A. Wimphen s'élèvent contre l'erreur classique qui consiste à mettre systématiquement sur le compte de l'insuffisance ovarienne et à traiter par la folliculine les troubles circulatoires, vaso-moteurs, nerveux, etc., survenant chez les femmes mal réglées.

Ils estiment qu'il faut réserver une large place au syndrome hyperfolliculinique dont ils schématisent les principaux traits, syndrome qui est souvent dépisté par le seul interrogatoire, mais auquel les dosages de folliculine confèrent son cachet d'authenticité et dont la guérison peut être obtenue par une opothérapie lutéinique, alors que les injections de folliculine en aggravent les manifestations.

Quelques observations d'asthme, d'urticaire, de fièvre, de troubles neuro-circulatoires, rapportées par les auteurs, illustrent l'histoire clinique, biologique et thérapeutique de ce syndrome dont l'étude est encore incomplètement achevée, mais dont l'intérêt pratique apparaît d'ores et déjà considérable.

Néphrotyphus. Glomérulo-néphrite hémorragique avec néphrite hydropigène. — MM. A. Landau et J. Held relatent l'observation d'une fièvre typhoïde compliquée d'une néphrite aiguë. Celle-ci s'est traduite par des douleurs lombaires, des œdèmes étendus, de l'ascite, une élévation de l'urée sanguine à 1 gramme ; de l'albuminurie et par la présence dans le sédiment urinaire de nombreux globules rouges, leucocytes et cylindres. Les urines contenaient du bacille d'Eberth. La fièvre fut élevée, mais le syndrome typhoïde resta assez estompé tandis que les symptômes de néphrite dominaient la scène morbide.

Sous l'influence du traitement, les œdèmes rétrocédèrent rapidement ; la fièvre tomba. Mais il survint une poussée de pyélite passagère avec rechute fébrile.

La guérison fut incomplète. Il resta en effet une légère albuminurie avec persistance de globules rouges et de leucocytes dans le sédiment et une azotémie à $0^{gr},60$.

Les auteurs ont tenu à attirer l'attention sur l'aspect clinique peu habituel de la néphrite typhoïdique apparue chez leur malade.

Sur la pathogénie de l'épilepsie cardiaque. — MM. Riser, Planques et Petel présentent deux observations de crises comitiales généralisées, apparues pour la première fois chez des adultes hypertendus et étroitement commandées par une hypotension artérielle soudaine, sans bradycardie, sans aucun trouble paralytique surajouté, disparaissant en même temps que la pression vasculaire revenait à son taux habituel.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Dans un cas, il s'agissait d'une cardio-rénale, albuminurique et azotémique, hypertendue permanente, décompensée ; les causes convulsives étaient nombreuses, mais le facteur circulatoire, hypotension spontanée, a joué le rôle essentiel, comme le montre l'argument thérapeutique.

Le second malade est atteint d'hypertension constante minime, avec des paroxysmes quasi cycliques, très élevés, sans aucun élément de déficit rénal. Au cours d'une de ces crises, une ponction lombaire abaissa brutalement la tension artérielle de 23 × 13 à 18 × 10 (chiffres habituels en dehors des crises d'hypertension jarcystique et c'est alors qu'apparurent les phénomènes comitiaux une injection d'acécoline diminuant encore la pression (16,5 × 10) les rend subintrants ; une injection intraveineuse hypertensive de sérum adrénalisé les jugule immédiatement.

Dans les deux cas, on peut invoquer un brutal déséquilibre circulatoire cérébral ; et dans le second il a certainement agi plus que la simple ischémie ; en effet, la chute de pression a été forte par rapport à son acmé, mais cependant elle n'est pas tombée au-dessous des chiffres habituellement constatés en dehors des paroxysmes.

Septicémie à « Bacillus fragilis » avec hémorragie intestinale et abcès du foie. — MM. R. PICARD (de Nantes), P. PERRIN et G. FRANCK rapportent l'histoire d'une septicémie à *Bacillus fragilis* qui tire son intérêt d'une part de sa rareté (les auteurs n'en ont trouvé que sept observations dans la littérature de langue française) et d'autre part de son aspect clinique spécial. Alors que, dans les rares observations publiées, le tableau clinique était celui d'un état septicémique avec altération profonde de l'état général coexistant avec de nombreux foyers pyohémiques, dans l'observation des auteurs il s'agissait essentiellement d'un état fébrile avec état typhique grave qu'une hémorragie intestinale profuse fit attribuer à une dothiénentérie. Quelques jours plus tard, une tuméfaction sous-hépatique douloureuse fit penser à une cholécystite. Il s'agissait, en fait, comme l'a montré l'autopsie, d'un volumineux abcès du lobe du foie. Une hémoculture par le procédé ingénieux de Gory et Jaubert permit de mettre en évidence un bacille anaérobie ayant tous les caractères du *Bacillus fragilis*.

Complexe néphrose-néphrite ayant évolué sans rémission pendant trente mois chez un poradénique. — MM. DORE, LASSERRE et BREUIL rapportent l'histoire de cet homme de trente ans, atteint de poradénie inguinale, chez lequel se montra un complexe rénal ayant les caractères d'une néphrose lipoïdique avec syndrome humoral classique à laquelle se surajoutèrent des signes de néphrite et de l'azotémie. Ce complexe évolua pendant trente mois sans rémission et se termina par la mort.

Contagion entre érythème polymorphe et érythème noueux ; déductions pathogéniques. — M. FAURE-BEAULIEU expose l'histoire d'une contagion hospitalière survenue dans les conditions suivantes : une jeune fille entre à l'hôpital porteuse d'un érythème polymorphe ne comportant que quelques éléments noueux ; deux jours après, une convalescente de rhumatisme articulaire aigu, sa voisine de salle, fait un érythème noueux, et rien que noueux.

La première a une cuti-réaction négative et son hémoculture reste également négative ; la seconde a une cuti-réaction positive et son hémoculture sur milieux appropriés permet de déceler un virus tuberculeux qui aboutit à la forme bacillaire acido-résistante après avoir passé par les stades granulaires cyanophiles intermédiaires.

Parmi les diverses théories pathogéniques de l'érythème noueux, seule peut donner une explication satisfaisante de tels faits la théorie allergique, telle que l'a exposée Gougerot pour qui c'est « un syndrome de réaction de défense par sensibilisation ». En d'autres termes, moins abstraits, ce n'est pas la tuberculose qui crée l'érythème noueux, mais c'est elle qui le rend noueux.

L'étude clinique et bactériologique de ces deux cas conjugués a donc une certaine portée doctrinale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 4 juillet 1936.

Les affinités expérimentales de la toxine streptococcique scarlatineuse pour le système neuro-végétatif. — MM. M. GASTINEL et M. CONTE montrent que le filtrat streptococcique scarlatin déposé, chez le cobaye, sur le tronc du sympathique ou y parvenant même indirectement, provoque de l'albuminurie, de l'hématurie, une azotémie marquée, un amaigrissement considérable et la mort de l'animal. A l'autopsie, on trouve, outre une infiltration sanguine des plans superficiels, une rougeur diffuse de la paroi. Des lésions p r p riques et des infarcissements hématiques sont répandus sur l'estomac et le tractus intestinal ; les plaques de Peyer sont hémorragiques ainsi que les ganglions mésentériques, inguinaux et axillaires. Intense congestion de la surrénale, de la rate et du foie. A cette action si caractérisée, s'oppose la tolérance remarquable du cobaye aux mêmes injections pratiquées dans les nerfs moteurs périphériques.

Ainsi est mise en lumière la curieuse affinité de la substance érythrogène pour l'appareil neuro-végétatif.

Appareil pour la culture des microbes anaérobies. — MM. M. WEINBERG et P. SCHNEITER. — On peut habituer les microbes anaérobies à vivre et à se multiplier en présence d'une petite quantité d'oxygène. Mais le plus souvent on ne réussit à isoler un microbe anaérobie d'un produit pathologique quelconque qu'en opérant dans les conditions d'anaérobie absolue.

Pour obtenir ces conditions, on a recours, généralement, à un procédé combiné qui consiste à extraire l'air atmosphérique par une pompe à eau ou par une pompe électrique et à absorber l'oxygène résiduel par l'emploi du pyrogallol et de potasse ou de soude caustique.

On a imaginé plusieurs procédés qui permettent l'emploi successif de ces moyens physiques et chimiques.

Les auteurs ont imaginé un appareil dans lequel pyrogallol et potasse sont placés à l'état solide, au fond de la cloche, dans un récipient en porcelaine où un dispositif spécial, adapté au robinet de la cloche, permet l'arrivée de l'eau au contact de ces substances chimiques.

La réaction de Takata dans les affections hépatiques et rénales. — MM. F. RATHERY et J. TERROIR concluent de leur étude systématique dans ces affections que la réaction est positive dans les atteintes profondes et massives du parenchyme hépatique, négative dans les affections biliaires, les altérations parcellaires ou légères du foie.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Chez les rénaux, la réaction fut négative sauf dans un cas de néphrose lipoïdique.

La réaction indique habituellement une atteinte massive et profonde du parenchyme hépatique avec inversion du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$.

Si ces conditions ne sont pas remplies, la réaction reste négative.

Cette réaction marche en général de pair avec les modifications de l'azote non protidique du sang et l'épreuve de la galactosurie provoquée. Il est cependant des cas de non-concordance.

M. Noel Fiessinger est arrivé, en ce qui concerne le foie, aux mêmes conclusions.

Combustion de l'alcool éthylique au cours de la perfusion du foie. — MM. Noel Fiessinger, Henri Bénard, J. Courtial et L. Dermer montrent que le foie du chien consomme l'alcool à vitesse constante : 1gr,35 en moyenne par kilogramme de foie et par heure. En l'absence d'oxygène dans le sang perfusant, la combustion de l'alcool ne se produit plus. Le cyanure de K inhibe l'éthyloxydation, l'hyposulfite de soude la fait reprendre partiellement. Le 1-2-4-dinitrophénol se montre inactif sur l'éthyloxydation.

Contribution à l'étude de l'assimilation des glycides (amidon et produits d'hydrolyse) chez le nourrisson âgé de moins de six mois à l'allaitement artificiel ou mixte. — MM. Armand-Delille, Mentzer et Mlle Urbain ont employé la méthode mercurimétrique de Baudoin et Lewin, pour doser les matières réductrices dans les selles de nourrissons de moins de six mois recevant chaque jour 30 grammes d'amidon de blé bien cuit, ou la même dose de maltose ou de dextrine.

Ils ont constaté que ces matières réductrices étant en moyenne de 50 milligrammes par vingt-quatre heures, il n'y a pas proportionnalité entre la quantité de matières réductrices dosée et la quantité d'amidon ingérée.

Sur les formes évolutives du méningocoque. — MM. R. Dujarric de la Rivière, Et. Roux et Jeanne Ferey. — En suivant l'évolution des colonies d'une souche isolée de méningocoque, on peut voir apparaître soit des colonies de forme régulière et lisse (forme S), soit des colonies qui, après avoir présenté un aspect gaufré (forme R) donnent naissance à des colonies filles dont les auteurs ont étudié la répartition sur la colonie mère (disposition en collerette ou en morula). La confluence n'est jamais absolue et les parties de la colonie mère situées entre les colonies filles sont stériles.

La nature du milieu de culture et le temps depuis lequel la souche est sortie de l'organisme, jouent un rôle important pour l'apparition des colonies filles.

Les auteurs ont étudié aussi, en faisant varier les conditions de l'expérience, les différences qui existent dans l'agglutinabilité des microbes provenant de la colonie mère ou des colonies filles.

Haptènes et inhibition du pouvoir hémolytique de certains sérums. — MM. R. Dujarric de la Rivière, N. Kossovitch et S. Ishii. — Si on injecte à un lapin un haptène seul (extrait alcoolique de rein de cobaye), le sérum de ce lapin ne donne aucune immuno-réaction avec l'extrait injecté. Mais l'inoculation de cet haptène mélangé avec une protéine déclenche la formation d'anticorps correspondant à cet haptène. Leur présence peut être constatée *in vitro*, par voie indirecte, par la fixation de la substance lysogène contenue dans le sérum du lapin immunisé, cette fixation étant mise en évidence par l'inhibition.

Taux d'adrénaline dans les capsules surrénales chez les chiens soumis à la dépression barométrique. — M. Léon Binet et Mlle Jeanne Lanxade. — Chez des chiens soumis à une dépression barométrique progressive, poussée jusqu'à un niveau correspondant à des altitudes de 10 000 à 12 500 mètres, le taux d'adrénaline des capsules surrénales, déterminé par la méthode de G. Weller, se trouve nettement augmenté par rapport au taux moyen de chiens placés dans les mêmes conditions expérimentales mais laissés à la pression atmosphérique.

Action du sérum antistaphylococcique dans l'infection staphylococcique expérimentale du lapin. — MM. Henri Bonnet, S. Thieffry et Mlle Montefiore ont cherché à déterminer expérimentalement l'action du sérum antistaphylococcique chez le lapin (sérum antitoxique).

Quand le sérum est injecté, préventivement, vingt-quatre heures avant l'injection virulente mortelle, les lapins ne sont pas protégés. Ils meurent, comme les témoins, mais dans des délais beaucoup plus longs. Par contre, quand le sérum est injecté en même temps que la dose virulente mortelle, les lapins sont protégés.

L'antitoxine staphylococcique injectée au lapin le protège donc dans une certaine mesure contre l'infection staphylococcique d'épreuve, et cela d'autant mieux que l'injection protectrice est plus rapprochée de l'injection virulente. Quand les deux injections sont simultanées, la protection est complète.

Influence du pH et de la réserve alcaline sur la production et la rétrocession de l'exophtalmie expérimentale. — Mlles Jeanne Lévy, Denyse Kohler et M. L. Justin-Besançon, étudiant l'influence de la réserve alcaline sur la production et la rétrocession de l'exophtalmie expérimentale, montrent que l'acidose diminue, chez le chien, la production de l'exophtalmie expérimentale obtenue par l'injection d'éphédrine, tandis qu'elle favorise la rétrocession de cette exophtalmie par les sympatholytiques naturels et de synthèse ; que l'alcalose favorise considérablement la production de l'exophtalmie éphédrinique tandis qu'elle empêche sa rétrocession par les sympatholytiques naturels et de synthèse.

Absence de dispersion « du Treponema » pallidum dans le revêtement cutané, au cours de la syphilis cliniquement apparente. Mécanisme pathogénique de la dispersion du tréponème. — MM. C. Levaditi, G. Stroesco et A. Vaisman montrent qu'aucune dispersion du *Treponema pallidum* ne paraît s'effectuer dans le revêtement cutané éloigné des accidents spécifiques, chez les sujets susceptibles de réagir par des manifestations syphilitiques cliniquement apparentes. Cette absence de dispersion semble liée à l'aptitude particulière de certaines espèces animales à réagir vis-à-vis du tréponème, par des lésions histologiques, lésions qui fixent le parasite sur place et en empêchent la dissémination.

Ultra-filtration et dimensions approximatives du virus de la peste aviaire. — MM. C. Levaditi, M. Paic, P. Haber et D. Krassnoff ont soumis à l'ultra-filtration, à travers des membranes en collodion à perméabilité calcu-

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

lée, deux souches de virus de peste aviaire, dont l'une est pathogène à la fois pour la poule et la souris. Ils ont constaté que cette ultrafiltration indique, comme diamètre approximatif moyen de l'unité virulente, plus de 100 à 150 μ.

La réaction de fixation appliquée au diagnostic de l'échinococcose de certaines espèces animales domestiques ou sauvages. — M. Ach. Urbain montre que, chez les animaux, la réaction de fixation permet, dans des circonstances parfois difficiles, de poser le diagnostic d'échinococcose dans un pourcentage assez élevé de cas (68,5 p. 100), à la condition absolue d'employer comme antigène un liquide hydatique préalablement titré avant son emploi.

L'intradermo-réaction (réaction de Casoni), qui donne de bons résultats chez l'homme, ne paraît pas être utilisable chez les animaux.

Immunisation contre le typhus à l'aide de cultures desséchées et enrobées du virus typhique murin. — M. Paul Giroud montre que les cultures du virus typhique murin desséchées et enrobées à la température du laboratoire conservent un pouvoir immunisant certain. Ces cultures inoculées une seule fois, en points séparés dans la peau, provoquent dans quelques cas l'immunité ; les mêmes inoculations faites deux et trois fois à huit jours d'intervalle chez le cobaye et le singe, tout en ne provoquant que très peu de réactions, donnent une immunité solide contre l'épreuve péritonéale faite avec le virus historique de Ch. Nicolle.

Sur la présence de la callicréine dans la salive et la possibilité de son intervention dans la transmission chimique de l'influx nerveux. — MM. G. Ungar et J.-L. Parrot ont identifié le principe hypotenseur de la salive avec la callicréine, hormone circulatoire existant dans le pancréas, l'urine et sous une forme inactive dans le sang. La callicréine possède également une action stimulante sur la sécrétion gastrique. Ils soulèvent l'hypothèse de son intervention dans certains phénomènes de transmission chimique de l'influx nerveux.

Sur la floculation spontanée des protéides contenues dans les vieilles cultures acidifiées des bacilles tuberculeux du type humain en milieu synthétique de Santon et l'activation de cette floculation par chauffage. — M. F. Van Deinse a constaté que dans les cultures de bacilles tuberculeux du type humain sur milieu synthétique de Santon, il se forme un trouble à partir du quarantième jour, à condition que le pH soit descendu à 6,6 ou au-dessous ; par chauffage, ce trouble devient de plus en plus dense pour former finalement un précipité floconneux. Celui-ci se dissout quand on alcalinise le liquide. Ce précipité entraîne une partie de la tuberculine présente dans la culture. Il s'agit de protéides, formées dans le milieu par les bacilles.

Sur la production du sérum antistaphylococcique. — MM. G. Ramon, H. Bonnet, P. Nélis et R. Richou. — La technique suivie est calquée sur celle employée depuis longtemps pour la production de l'antitoxine diphtérique. Les animaux sont immunisés au moyen d'injections de doses progressivement croissantes d'anatoxine puis de toxine staphylococciques. On obtient ainsi un sérum relativement riche en antitoxine spécifique qui a déjà été employé dans certains essais de traitement des ostéomyélites et des septicémies à staphylocoques, soit seul, soit associé à l'anatoxithérapie et dont un usage encore plus étendu fixera l'efficacité et son degré.

F.-P. Merklen.

NOUVELLES

Fédération intersyndicale des maisons de santé. — La Fédération intersyndicale des maisons de santé de France, qui groupe tous les syndicats patronaux des maisons de santé, fait savoir qu'elle a été convoquée le 22 juin 1936 par le ministre de la Santé publique, pour se rencontrer en *commission paritaire*, sous l'arbitrage du ministre avec des représentants des employés des maisons de santé désignés par le ministre, dans le but de rechercher un accord pour l'application des nouvelles lois sociales.

Après une semaine de pourparlers, un projet de convention collective de travail, conformément à la loi, a été établi, et une échelle de salaires minima a été fixée pour la région parisienne avec effet au 1er juillet 1936.

En ce qui *concerne la province*, il a été spécifié que ce projet de convention servirait de base, mais que dans chaque région se tiendrait à la préfecture la plus importante, une *commission paritaire régionale* qui aura à fixer des *salaires régionaux*.

La Fédération se tient à la disposition des groupements régionaux.

Elle pourra les assister dans les dicussions des accords.

Les membres de ces groupements régionaux devront faire partie d'un groupement national ou professionnel affilié à la Fédération.

En ce qui concerne la région parisienne, il est conseillé de faire l'application dès maintenant et à dater du 1er juillet du contract collectif type.

Dans tous les cas, si une difficulté survient, pour l'une des maisons de santé adhérentes aux syndicats patronaux groupés dans la Fédération, la direction n'a qu'à demander conseil et assistance au secrétariat de son syndicat patronal.

Quant aux maisons de santé non syndiquées, on ne peut que rappeler à leurs propriétaires les *inconvénients actuels* qu'il y a à demeurer *isolés* et les inviter, dans leur intérêt, pour être renseignés et assistés, éventuellement, à adhérer à un des syndicats ci-dessous :

Association professionnelle des directeurs et médecins des maisons de santé privées pour maladies mentales et nerveuses. Secrétariat : Dr Bussard, 8, rue du 11-Novembre, à Bellevue-Meudon (Seine-et-Oise).

Syndicat des médecins directeurs des maisons de santé privées de France (ne groupant que des médecins de toutes catégories). Secrétariat : Dr Tarrius, 22, avenue Junot, Paris (XVIIIe).

Syndicat géneral des maisons de santé de France (groupant toutes maisons de toutes catégories). Secrétariat : Dr Desgranges, 18, rue du Belvédère, Boulogne-sur-Seine (Seine).

Syndicat des médecins de sanatoria assimilés et agréés

NOUVELLES *(Suite)*

et privés de France (ne groupant que des médecins). Secrétariat : Dr Chapuis, sanatorium de Villiers-sur-Marne par Charly (Aisne).

Syndicat des sanatoria privés et agréés de France. Secrétariat : Dr Chatard, à Cambo (Basses-Pyrénées).

IIe Semaine médicale internationale en Suisse. — Organisée par le *Journal suisse de médecine* sous le patronage du Haut Conseil fédéral suisse, elle aura lieu du 31 août jusqu'au 5 septembre, à *Lucerne*.

Le programme vient de paraître et sera adressé à chaque intéressé par le secrétariat de la Semaine médicale internationale, Bâle, Klosterberg, 27. Ce dernier donne très volontiers tous les renseignements utiles. Parmi les conférenciers, nous citons :

R. Bing, Bâle ; P. Clairmont, Zurich ; P. Decker, Lausanne ; G. Frontali, Padoue ; J. Fulton, Newhaven (U. S. A.) ; E. Gäumann, Zurich ; R. Grégoire, Paris ; Freih. E. v. Gröer, Lwow (Pologne) ; H. Guggisberg, Berne ; H.-C. Jacobaeus, Stockholm ; W. Löffler, Zurich ; E. Mellanby, Londres ; O. Naegeli, Zurich ; M. Péhu, Lyon ; E.-P. Pick, Vienne ; F. Rathery, Paris ; M. Roch, Genève ; F. Sauerbruch, Berlin ; Ph. Schwartz, Istanbul ; A. Szent-György, Szeged (Hongrie) ; A. Vogt, Zurich ; L.-K. Wolff, Utrecht ; H. Zangger, Zurich.

Pour tous renseignements, s'adresser au *Journal suisse de médecine*, Klosterberg, 27, à Bâle.

Congrès international de l'insuffisance hépatique. — En même temps que l'Exposition universelle aura lieu à Paris, le Congrès international de l'insuffisance hépatique tiendra ses assises à Vichy, les 16, 17 et 18 septembre 1937, sous la présidence de M. le professeur Maurice Lœper, de Paris, membre de l'Académie de médecine.

Il comprendra deux sections :

1° Une section de Médecine et biologie ;

2° Une section de Thérapeutique médicale, chirurgicale, hydrologique.

Les rapporteurs suivants, de diverses nationalités, présenteront des rapports dans ces deux sections :

Médecine et biologie. — K. Glaessner (Vienne) : Le diagnostic fonctionnel de l'insuffisance hépatique.

R. Debré, Gilbrin, Semelaigne (Paris) : Les gros foies de l'enfance.

Binet (Paris) : La fonction soufrée du foie. Les œdèmes des hépatiques.

Lemaire et Vay (Paris) : Etude pathogénique, et J. Olmer (Marseille) : Etude clinique.

Urbach (Vienne) : La peau et le foie.

Parhon (Bucarest) : Le foie et les glandes endocrines.

Hamilton-Fairley (Londres) : Les étapes de l'insuffisance hépatique au cours du paludisme.

Thérapeutique. — Brulé (Paris) : Les médications hépatiques dans les intolérances.

M. Villaret, L. Justin-Besançon, R. Cachera et R. Fauvert (Paris) : Les insuffisances circulatoires et les médications qu'elles comportent.

Piery et Milhaud (Lyon) : La thérapeutique hydrominérale de l'insuffisance hépatique.

De Grailly (Bordeaux) : L'insuffisance cellulaire et ses indications thérapeutiques.

Gallart-Moues (Barcelone) : Le régime alimentaire dans la réparation du foie malade.

Pribram (Berlin) : L'insuffisance hépatique pré et post-opératoire et son traitement préventif et curatif.

P. Duval, Gatellier, J.-C. Roux, Goiffon (Paris) : Le pronostic de la « crise opératoire » par l'examen des fonctions hépatiques.

Secrétaire général : Dr J. Aimard, 24, boulevard des Capucines, Paris.

Nous rappelons que ce Congrès sera précédé par le IIe Congrès international de gastro-entérologie qui se tiendra à Paris, les 13, 14 et 15 septembre 1937, sous la présidence de M. le professeur Pierre-Duval, et au cours duquel deux questions seront étudiées :

1° Le diagnostic précoce du cancer gastrique, sous la présidence des professeurs P. Duval et Gosset, de Paris, et du professeur Konjetzuy, de Berlin.

2° L'occlusion aiguë et chronique du grêle ; les rapporteurs ont été choisis en Angleterre, en Belgique, en Espagne, aux Etats-Unis, en Italie et en Pologne, pour traiter cette dernière question.

Secrétaire général : Dr Alban Girault, 29 *bis*, rue Pierre-Demours, Paris.

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

25 JUILLET. — *Londres.* IIe Congrès international de microbiologie.

27 JUILLET. — *Paris.* Congrès international d'hygiène mentale.

27 JUILLET. — *Berlin.* Congrès international de la médecine et du sport.

2 AOUT. — *Vienne.* Congrès dentaire international.

3 AOUT. — *Orléans.* Ouverture d'un concours pour la nomination de quatre internes titulaires à l'hôpital d'Orléans.

6 AOUT. — *Honolulu.* Congrès de l'Association panpacifique de chirurgie.

17 AOUT. — *Berlin.* Congrès international d'oto-rhino-laryngologie.

17 AOUT. — *Berlin.* Congrès international d'oto-rhino-laryngologie.

24 AOUT. — *Glasgow.* Congrès des médecins homéopathes.

CHRONIQUE DES LIVRES

Les septicémies à staphylocoques, par Louis-Charles Desrosiers. 1 volume (*Jouve, éditeur*).

La fréquence actuelle, ou le dépistage plus habituel des septicémies à staphylocoques a donné lieu depuis deux ans à de très nombreuses publications et à des communications très suivies aux diverses Sociétés médicales. Cherchant à faire le point, en particulier au point de vue si délicat du traitement, Desrosiers rapporte sept cas remarquablement bien observés qu'il a pu étudier en détail dans le service de Cochez (Saint-Joseph). Tout d'abord il précise la définition de la septicémie et, passant en revue les diverses conceptions en cours, il retient celle de Gastinel et Reilly attribuant surtout de l'importance au cortège de phénomènes infectieux et toxiques qui accompagnent la microbémie.

Le terrain joue ici un rôle fondamental au point de vue diagnostic et pronostic, mais aussi l'adaptation des germes à ce milieu. Noter la possibilité de staphylococcémie après des lésions uro-génitales : dans un cas il s'agit d'une fausse route chez un rétréci, dans un autre d'une pyélonéphrite avec volumineux calcul du rein.

Deux formes cliniques surtout s'individualisent : la forme septicémique proprement dite, forme typhoïde, sans localisation apparente, et la forme septicopyohémique, forme à localisations multiples, la plus fréquente.

Dans la forme typhoïde, c'est l'hémoculture seule qui peut faire le diagnostic : toutefois, dans un cas, on a pu faire un diagnostic *post mortem* par la constatation de micro-abcès du foie.

La forme septico-pyohémique est caractérisée par un certain nombre de localisations, presque toujours les mêmes, et dont le siège doit, en dehors de tout examen bactériologique, faire penser à une staphylococcémie. « Alors que tous les autres organes peuvent être atteints, on retrouve avec une particulière fréquence *trois sièges de lésions : rénales, pulmonaires, ostéo-articulaires.* »

Les lésions rénales sont extrêmement fréquentes, mais il faut les rechercher systématiquement, en particulier toujours rechercher le pus et les staphylocoques dans les urines. Même en cas d'abcès corticaux donnant un phlegmon périnéphrétique, il ne faut compter que sur des signes cliniques très discrets, plus discrets encore que d'habitude.

Les lésions de l'appareil pulmonaire sont, elles, extrêmement variées, mais Desrosiers insiste sur les abcès miliaires, souvent remarquablement insidieux et qu'on ne décèle parfois qu'à l'autopsie. Lorsque ces abcès sont corticaux, ils déterminent une réaction pleurale de voisinage, avec parfois un épanchement. Ces épanchements ont deux caractéristiques absolument propres : ils sont très peu abondants, ils ont peu de tendance à la transformation purulente.

Enfin, les lésions ostéo-articulaires, bien que les mieux connues jusqu'à ces dernièes années, sont un peu moins fréquentes que les lésions rénales et pulmonaires. Les ostéomyélites, pour banales qu'elles soient, affectent souvent des localisations atypiques. Mais surtout il existe des *formes pseudo-rhumatismales* des staphylococcémies, évoluant presque spontanément vers la guérison et frappant surtout la hanche.

A côté de ces trois localisations presque obligatoires, tous les autres appareils peuvent évidemment être atteints, en particulier le revêtement cutané où il existe une forme érysipélatoïde si bien décrite par Giroire. C'est chez l'enfant que prédominent les manifestations cutanées, chez l'adolescent l'atteinte osseuse, chez l'adulte les lésions viscérales.

Après avoir étudié les lésions anatomiques, le diagnostic et le pronostic, l'auteur passe en revue les divers traitements préconisés, chimiques et biologiques. Il retient surtout l'immuno-transfusion, les autovaccins, le bactériophage intraveineux. Mais il conseille la prudence dans l'estimation des guérisons, étant donnée la possibilité d'accalmies trompeuses de plusieurs mois ou de plusieurs années.

En résumé, ouvrage essentiellement clinique, vécu par son auteur et que tous ceux qui s'intéressent aux staphylococcémies liront avec le plus grand fruit.

Et. Bernard.

Le temps et la vie, par Lecomte du Nouy. 1 vol. (*Collection de l'Avenir de la science*, dirigée par Jean Rostand.)

M. Lecomte du Nouy, le collaborateur éminent d'Alexis Carrel, auprès de qui il travailla treize ans, au front pendant la guerre, puis à l'Institut Rockefeller de New-York, réussit, en se basant sur la vitesse de cicatrisation des plaies, à mesurer le *temps vécu*, le *« temps physiologique »* : il a pu établir une loi mathématique de la cicatrisation, qui permet de conclure que ce temps vécu ne s'écoule pas à une vitesse uniforme et qu'on doit le mesurer aux différents âges.

C'est l'histoire détaillée de ce problème qu'il résume dans le livre : *Le temps et la vie*, édité dans la Collection de *l'Avenir de la science* que dirige Jean Rostand.

De ses mesures, M. Lecomte du Nouy tire d'originales conséquences : telle l'explication de la raison pour laquelle le temps semble s'écouler plus vite au fur et à mesure qu'on vieillit ; telle aussi une nouvelle hypothèse sur la nature du temps de l'univers.

Ces idées de philosophie scientifique sont à méditer et à rapprocher de celles exprimées dans son livre récent par Alexis Carrel, auquel est dédié le petit ouvrage analysé.

P. C.

VARIÉTÉS

L'ERREUR SCANDALEUSE ET MENSONGÈRE DES CIMETIÈRES

Tout le monde connaît la loi qui fut votée naguère par le Parlement. Désormais seront rendus à la municipalité, pour une nouvelle attribution, les quelques mètres de terrain sacré même concédés à perpétuité pour abriter le repos de nos chers morts au cimetière, si les tombes cessent d'être entretenues pendant dix ans.

« *Væ soli !* » Hélas, qui ne sera pas seul après quarante ou cinquante ans ?

On comprend aisément l'émotion douloureuse de ceux qui ont le culte des morts en même temps que le respect de la chose qu'ils croyaient promise à jamais, c'est-à-dire la paix de leur dernier sommeil.

Et nous approuvons entièrement l'éloquente protestation que fit entendre dans la presse M. Lecomte, de l'Académie française.

Cette loi, qui endolorit tant de cœurs en même temps que tant d'espoirs, soulève un véritable problème autant philosophique et religieux que sentimental et pratique.

Si le monde a évolué, se mettant sans cesse au diapason des progrès de la science, de la civilisation et de l'hygiène, n'est-il pas étonnant et remarquable de constater que les coutumes suivant lesquelles nous traitons nos pauvres morts sont, à peu de choses près et comme cristallisées, ce qu'elles étaient il y a plusieurs siècles ?

Et toute réforme partielle ne pourra que choquer douloureusement le cœur des survivants.

En effet, si extraordinaire que la chose paraisse de prime abord, rien ne nous semble aussi illogique et aussi peu conforme à ce que la nature, l'hygiène, la raison et le cœur même demandent pour le bien du pauvre mort et des vivants, que les coutumes suivant lesquelles, dès leurs derniers moments, on agit envers eux.

Lorsque, du fait de la maladie ou de l'accident, la désharmonie de l'organisme rend impossible la vie d'un être humain, l'individu s'effondre et disparaît, mais rien ne meurt.

L'âme, cette pensée supérieure de l'homme qui témoigne parfois sa puissance et son énergie jusqu'à la dernière minute, se retire et continue sa vie propre que nos données cérébrales, par conséquent entachées de matière, ne nous permettent pas de suivre et de comprendre, parce qu'elle est esprit pur.

C'est donc chose de mystère et de religion, et nous nous inclinons très respectueusement devant les autorités autrement compétentes et mieux placées que nous pour les interpréter.

Mais les atomes matériels dont notre corps est fait ne meurent pas davantage. En eux, la vie simplement évolue et se transforme comme elle le fait dans la feuille qui tombe au vent d'automne.

Ces atomes sont venus de la terre et cette « mère de tous les hommes » les appelle dans son sein où elle les embrasse, les réchauffe, les reprend et les fait à nouveau communier à la vie, dont elle est la gardienne et la dépositaire.

La nature et le bon sens devraient être les guides des hommes pour réaliser cet idéal.

Or, que se passe-t-il ?

Plus l'être humain appartient à la classe aisée et fortunée et plus on éloigne ses pauvres restes de leur fin.

On les ensevelit, en effet, dans un double ou triple cercueil afin de les mieux conserver.

Puis on les conduit à l'église ou au temple d'où, après la triste et consolante cérémonie religieuse, la foule, par n'importe quel temps, chaud, froid, soleil ardent, neige ou pluie battante, conduit le mort au cimetière.

On le place là, dans un caveau dont le but est autant d'honorer que de conserver le corps.

Qu'il soit, hélas, au-dessus ou au-dessous du sol, les fermentations de la mort, sur lesquelles notre affectueuse piété nous oblige de ne pas insister, ne se traduisent pas moins pour le plus grand dommage de la santé des vivants, alors qu'elles sont au contraire nulles dans la terre qui purifie et résorbe tout.

Passons trente ou quarante ans après : si les miasmes n'y sont plus, c'est le déclin ou la mort de la tombe elle-même qui commence.

Et rien n'est douloureux comme la décrépitude des tombes abandonnées.

Certainement, on comprendrait l'esprit de la dernière loi, qui ne fait que souligner la misère des choses humaines, dont elle veut faire disparaître la trace, si elle ne contenait une erreur, je dirai même un mensonge, une faillite.

N'avait-on pas promis le repos à perpétuité aux restes de ces êtres humains, dans cette terre sacrée achetée souvent au prix des plus durs sacrifices ?

Alors, que faire ? Laisser indéfiniment dans les cimetières les caveaux démolis et les tombes des familles éteintes défoncées et envahies par les ronces et les épines ?

Non, il faut simplement rompre avec l'ensemble des habitudes vieillottes et illogiques du passé. La densité actuelle de la population des cimetières, en même temps que les données de la science, les démontrent non seulement nocives, mais même contraires à ce culte des morts profondément gravé au cœur de tous les Français.

Pour mieux honorer nos chers disparus et assurer à jamais à leurs restes le repos qu'ils désirent

VARIÉTÉS *(Suite)*

paisible et perpétuel, suivons les données nouvelles que le progrès scientifique nous montre plus conforme à la nature et au bien même des morts en même temps que des vivants.

Nous verrons du reste qu'il ne s'agira que d'un simple retour aux sages usages des premiers temps de l'humanité dont nous avaient simplement éloignés une civilisation mal comprise en même temps qu'une augmentation disproportionnée, dans certains centres, du nombre des habitants.

La nature, le bon sens et l'hygiène s'unissent à notre désir d'assurer le repos éternel de nos morts pour nous décider à modifier les coutumes du passé, afin de rendre à la terre ce qui appartient à la terre.

Pour cela, plaçons les restes du défunt dans un simple cercueil de bois, qui ne sera fermé que lorsque les signes de la mort vraie seront manifestes.

Que le bois, dont l'étanchéité doit être parfaite pour le transport, soit aussi léger que possible de manière à favoriser, dans le champ de repos, le contact immédiat du corps avec la terre.

Cela fait, l'expérience nous a, hélas, prouvé que les cortèges d'enterrements étaient trop souvent la cause de maladies et de nouveaux enterrements pour ne pas souhaiter les voir disparaître ou tout au moins modifier.

Il faut éviter de nouveaux malheurs, auxquels exposent les longs trajets et les conditions atmosphériques défavorables chez les assistants, dont la santé est déjà parfois ébranlée, mais qui veulent, dans un effort particulièrement méritoire, donner au mort et à sa famille ce dernier témoignage d'affection.

Il est souhaitable pour cela que tout se borne pour les amis à l'assistance à la simple cérémonie religieuse et à l'expression des condoléances à la famille à l'église ou au temple.

Seule, la famille directe conduira en voiture, avec le prêtre ou le pasteur, les restes du disparu jusqu'au « champ de repos ».

Du fait de la proximité immédiate de villes et de la densité des pauvres morts, nos cimetières actuels sont, en effet, contraires à la nature, à l'hygiène et à la santé publique en même temps qu'aux réels besoins de l'esprit et cœur de tout être humain.

En dehors des émanations parfois insupportables qu'ils exhalent, nos pauvres cimetières infectent trop souvent les nappes d'eau souterraines qui alimentent la population.

Le souci de la propreté, de la beauté même du lieu, qui est une des formes les plus claires du culte des morts, rend pour ainsi dire obligatoire, au bout de quelque temps, l'intervention des autorités municipales qui viennent, hélas, troubler le repos de ceux qui croyaient dormir perpétuellement au champ sacré leur dernier sommeil.

Il faut donc revenir à la nature et suivre ses indications qui satisfont, du reste, les besoins de l'hygiène et ceux du cœur humain.

Que chaque ville, chaque agglomération possède son champ de repos grand de nombreux hectares, afin de se tenir très loin de la densité actuelle de nos chers morts au cimetière.

Là, que la dépouille soit ensevelie en pleine terre, le corps à même l'humus, et qu'à côté de la croix de pierre on plante un arbre sur la tombe, et mieux encore une dizaine autour.

Le gazon lui donnera sa parure éternelle et les fleurs sauvages leur parfum et leur poésie, protégeant à jamais le dernier sommeil.

Que l'on ne dise pas que ces BOIS SACRÉS, forcément éloignés des agglomérations, priveront les survivants de la douce consolation qu'ils avaient à visiter souvent les tombes de leurs morts.

Nous ne nous attarderons pas à démontrer que la fonction crée l'organe et, par conséquent, le moyen de transport.

Mais si l'on veut convenir que l'esprit ou l'âme du cher mort est seule à perpétuer son individualité, nous n'avons qu'à porter notre pensée vers celle du disparu. C'est le meilleur moyen de nous rapprocher de lui, de vivre et de communier avec lui, et cela toutes les fois que nous le voulons.

Mais s'il est besoin pour certains de donner une forme concrète à la pensée du mort, pour cela, en dehors du portrait, un simple souvenir qu'il a touché est beaucoup plus près de nous, de nos yeux et de nos mains que son cadavre enfoui sous deux mètres de terre.

Mais il est grand temps pour nos législateurs de s'employer à sauvegarder la volonté de nos chers disparus qui se concilie du reste très bien avec ce qu'exige le développement immense de la population.

Par ce retour aux lois de la raison, nous assurerons à nos morts bien-aimés, dans la grandeur et la simplicité de la nature, la certitude de ce sommeil paisible que nul indiscret ne viendra plus troubler.

Dr CLAVEL (Biarritz).

VARIÉTÉS *(Suite)*

DU CENTRE DE PROPAGANDE THERMALE ET CLIMATIQUE A NEW-YORK

M. Henri Cangardel, directeur-administrateur général de la Compagnie générale transatlantique, nous ayant très aimablement invité à venir à New-York nous rendre compte de l'importance de l'organisation du centre de propagande en ce qui concerne nos stations thermales et climatiques, nous voudrions que nos premiers mots puissent lui exprimer toute notre reconnaissance.

Le premier second grand voyage de *Normandie* étant décidé pour le 6 mai, ce fut à cette date que nous prîmes contact avec le plus beau bateau du monde : tout a été dit sur son confort, son organisation, sur la magnificence et la délicatesse de sa table, l'élégance de son théâtre, le silence méditatif de sa chapelle romane, l'originalité du jardin d'hiver, de sa bibliothèque, de sa salle de correspondance... Mais on ne dira jamais assez la courtoisie, l'urbanité qui règne à tous les étages et dont chacun éprouve le charme discret.

Pour nous, médecins de villes d'eaux, nous nous devons de rendre un particulier hommage à M. Villar, premier commissaire du bord, fils du regretté professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de Bordeaux. M. Villar est également le neveu de celui qui fut le premier titulaire d'une chaire d'hydrologie, M. le professeur Sellier.

De là, à songer à commencer notre œuvre de propagandiste, il n'y avait qu'un pas et, le surlendemain, il était organisé une conférence que nous donnions sur l'histoire anecdotique de nos stations d'eaux pyrénéennes. Nous eûmes l'honneur d'être présenté à un auditoire d'élite par M. Cangardel lui-même. Tout le haut état-major de *Normandie* s'était rendu à l'invitation qui lui avait été adressée, et, de là, vous pouvez juger en quel embarras se trouva le conférencier...

A quai, MM. d'Ornano et son secrétaire vinrent nous souhaiter la bienvenue au nom du Centre de propagande de la maison de France.

Au moment même où le commissaire général du tourisme, M. le conseiller d'Etat Roland Marcel instaure une politique réfléchie en faveur de nos stations, il nous est agréable d'affirmer qu'il est admirablement secondé en Amérique par deux de nos compatriotes qui, déjà, ont donné leur mesure et dont un certain nombre de nos confrères ont pu apprécier la valeur.

M. d'Ornano, qui avait reçu de M. Daniel Baqué, à qui nous ne saurions trop exprimer notre reconnaissance, une lettre nous concernant, se mit entièrement à notre disposition pour nous faciliter l'accès de nos confrères américains.

En effet, M. d'Ornano et M. Steck assument la lourde charge de faire connaître New-York, sans doute, mais encore, auprès de toutes les grandes villes des Etats-Unis, ce que la France a pu réaliser au cours de ces dernières années, sur le plan thermal, climatique et touristique.

Dans leur bureau de la Cinquième Avenue — où se trouve, en même temps que les agences de nos grands réseaux français, le siège de la Compagnie générale Transatlantique, — nos amis tiennent à la disposition de tous ceux qui le désirent, les documents les plus précis sur nos diverses stations.

Avec une parfaite connaissance de leur tâche, ces messieurs offrent non seulement tous les renseignements qu'ils doivent pouvoir donner, mais encore ils savent, avec une très grande impartialité, indiquer à leurs interlocuteurs les stations qui leur semblent le plus appropriées aux désirs de leurs clients.

M. d'Ornano a beaucoup insisté, au cours de notre entretien dans ses bureaux, pour que nos fédérations, nos syndicats d'initiative, nos chambres d'industrie thermale soient constamment en relation avec New-York, et lui adressent tous documents utiles. La cure à forfait a la préférence des étrangers. Nombreuses sont les stations qui entrent dans cette voie : aussi celles-ci auront-elles la préférence des Américains.

Il est entendu que le forfait comprend l'hôtel, le prix des Thermes, les diverses taxes de séjour, etc., mais les honoraires des médecins sont toujours comptés en dehors du forfait dont il vient d'être parlé.

En collaboration avec M. le Dr Bainbridge, délégué général de l'Amérique du Nord à nos divers congrès médicaux internationaux, il fut organisé une conférence dont le thème fut le suivant : De l'évolution scientifique du thermo-climatisme social français et de son retentissement sur les relations médicales internationales.

Nous en donnons ci-dessous le résumé qui nous fut remis par le secrétariat :

« Le Dr Molinéry, chargé de conférences à l'Institut d'hydrologie de la Faculté de médecine de Toulouse, médaille d'or de l'Académie de médecine de Paris, après avoir salué l'éminent auditoire que le Dr Bainbridge lui a fait l'honneur de grouper autour de lui, médecin français, après avoir remercié tous ceux qui ont pris la parole avant lui, et plus spécialement M. W. Bainbridge, le merveilleux organisateur de cette manifestation franco-américaine entre dans le développement de son sujet.

Après avoir fait l'historique — en raccourci — des millénaires des *Sources de Jouvence* que sont les eaux thermo-minérales de l'antique civilisation gréco-latine, le conférencier évoque les cures

thermales et climatiques de *cent mille soldats français blessés au cours de la grande guerre et celles des soldats américains, leurs frères d'armes.*

En présence de pareils résultats, les universités médicales françaises ont créé un enseignement officiel de la thérapeutique hydro-climatique : dix chaires ont été chargées de cet enseignement dont le premier titulaire fut à Bordeaux le professeur Sellier et à Paris le professeur Villaret. Puis, création de puissants *instituts* groupant autour des chaires des professeurs, maîtres et chargés de conférences qui donnèrent des cours complémentaires de géologie, de chimie, de physique, de législation, de technique. A leur côté, des *laboratoires expérimentaux* dont les types sont ceux de MM. Villaret et Justin-Besançon à Paris, Castaigne à Clermont, Lescœur à Vichy, et vingt autres encore auprès des grandes hydropoles comme Evian, Vittel, La Bourboule, Luchon, Ax-les-Thermes : ce dernier dirigé par le Dr Caujolle.

Enfin, synthétisant le tout, les V. E. M. de Landouzy et Carron de la Carrière, Carnot, Rathery, Chabrol et des professeurs de France, voyages nationaux et internationaux auxquels ont participé de si nombreux savants médecins des Etats-Unis.

L'évolution scientifique du thermo-climatisme était ainsi constituée.

Le Dr Molinéry aborde le grand problème de l'action des eaux minérales : action *humorale* au premier chef, action *préparante* dans une première partie de la cure, action analogue à la *spécificité* dans la deuxième partie, par l'exaltation *biophylactique intracellulaire.*

D'où l'influence profonde des eaux minérales sur la diathèse et le *tempérament* et le dysfonctionnement morbide qui les trahit.

D'où l'enfant doit être le premier patient des eaux minérales.

Le Dr Molinéry, rappelant alors la campagne qu'il a menée à Paris, Rome, Budapest, Tunis, Genève, Madrid, attire l'attention de ses éminents confrères de New-York sur les *avantages sociaux* de la cure préventive des enfants auprès des stations thermales. L'orateur montre que les nations, établissant un échange de colonies d'enfants, contrôlé par le corps médical, pourraient, sur le plan de la santé à recouvrer ou à raffermir, envoyer des milliers d'enfants aux diverses stations thermales du monde. Ces enfants, apprenant les langues, connaîtraient mieux les peuples où ils auraient vécu, créeraient de solides amitiés qui éloigneraient, dans l'avenir, de douloureux conflits. Le Dr Molinéry appelle, de tous ses vœux, l'organisation scientifique et sociale du thermo-climatisme international.

Le conférencier, mandaté par l'*Union médicale latine,* dont il est le secrétaire général, fait acclamer les Drs Dartigues, Bandelac de Pariente et Rivière (celui-ci si populaire aux États-Unis) et lève son verre en l'honneur de la femme des médecins américains, sœur de la femme des médecins français ; à la ville de New-York dont il admire la puissance ; à la science médicale américaine qui marche inlassablement vers le progrès ; à la constitution politique des U. S. A. dont *Normandie* a salué, au passage, le glorieux symbole : *la statue de la Liberté.*

***

La *Pan American medical Association,* qui nous a accueilli avec une indulgence et une courtoisie que nous ne pouvons oublier, étend son action sur 22 États. Elle dirige la *pan american post-graduate medical school* et un hôpital situé en New-York City.

Cette association a déjà dix années d'existence et a participé à de multiples congrès (Cuba, Panama, Venezuela, Colombia, Mexico, Texas, Puerto-Rico et, tout dernièrement, Rio-de-Janeiro et São-Paulo).

Le dessein de ce club est de pratiquer l'interéchange des connaissances médicales et des résultats des plus récentes recherches entre médecins et chirurgiens des pays américains latins, du Canada et des États-Unis. Mais, en dehors du champ de la médecine, cette association affirme les relations les plus amicales entre médecins et chirurgiens de ces mêmes contrées.

Un centre médical recevra tous les médecins des pays engagés dans l'association.

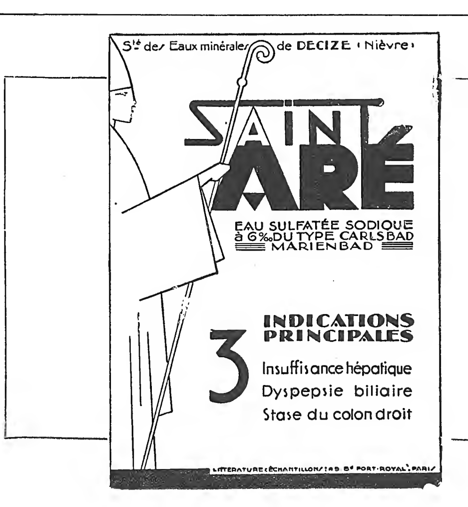
Les plus hautes personnalités ont donné leur plus large appui et leur enthousiaste adhésion aux desseins et aux projets de la *Pan American medical Association.*

Nous devons ces renseignements au directeur général, M. Joseph Jordan Eller, médecin-directeur, qui nous avait fait l'amitié d'assister au « luncheon » offert par l'association.

Il est très important de savoir que nos confrères américains ne seraient pas bien impressionnés par un conférencier français qui viendrait les entretenir de leur station propre. Il est de toute nécessité de prendre un sujet très large, très général.

Nos confrères, avec une délicatesse dont j'ai été le témoin ému, sauront, au cours de la réception, donner les caractéristiques de nos stations diverses.

Il est bon de rappeler ici que le grand voyage organisé, il y a cinq à six ans, par l'ancien Office national du Tourisme, *a laissé,* parmi les médecins américains du Nord, *les plus profonds souvenirs* : parmi les assistants à notre conférence, un certain nombre avaient tenu à venir nous saluer et nous



Sté des Eaux minérales de DECIZE (Nièvre)
SAINT ARÉ
EAU SULFATÉE SODIQUE
à 6‰ DU TYPE CARLSBAD
MARIENBAD
3 INDICATIONS PRINCIPALES
Insuffisance hépatique
Dyspepsie biliaire
Stase du colon droit
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS : 19 Bd PORT-ROYAL, PARIS

VARIÉTÉS *(Suite)*

serrer la main en raison de la réception que la France leur avait réservée.

La colonie française était représentée par le consul général, par M. Valeur, le délégué de l'Alliance française à New-York, par M Orteg, administrateur du French-Hospital dont il faut relater la merveilleuse organisation.

***

Faut-il faire nos conférences en français ou en anglais ? Naturellement il est infiniment préférable, si la chose est possible, de s'exprimer en la langue de nos amis. Au cas (ce qui fut le nôtre) où le conférencier s'exprimerait en français, il est bon que le texte résumé en ait été remis au secrétaire du club qui le traduira immédiatement en anglais.

Ce que nous disons pour New-York est aussi vrai pour Boston.

Là, M. Lambert, secrétaire général de l'exposition permanente française, professeur à la B. U., nous réservera l'accueil tout aussi empressé, tout aussi cordial que la *Pan American medical Association.* Nous devions donner une conférence dans le grand amphithéâtre de la B. U. : mais ce premier voyage, simple prise de contact avec nos amis, était subordonné au départ de *Normandie* fixé au surlendemain de notre arrivée à New-York.

En résumé le centre de propagande de la Maison française se tient à la disposition de tous les médecins français qui désirent, en Amérique, se mettre en relation avec les grandes institutions médicales américaines, et nous ne saurions trop remercier son directeur général M. d'Ornano, son collaborateur et secrétaire M. Steck, M. Thouin, directeur de la succursale des laboratoires Astier, à New-York, de nous avoir si bien organisé notre séjour dans leur ville. »

Il nous sera bien permis, en présentant nos respectueux hommages à Mme Bainbridge qui fut notre guide, dès notre arrivée au port, de la remercier, ainsi que le Dr Bainbridge, d'une hospitalité qui nous a profondément touché. Grâce à eux, l'*International medical Club of America* a réservé à un médecin français une réception inoubliable. Grâce à eux, l'Académie de médecine avait mis à notre disposition son très aimable et très érudit secrétaire général, M. Ch. Gordon Hoyd ; M. Carrel nous avait ouvert ses laboratoires. Nous n'aurons garde d'oublier MM. Jordan Eller et Edward Frenkel, respectivement directeur et trésorier de l'*I. M. C. of America*, du très grand honneur qu'ils nous ont fait en nommant le secrétaire général délégué de l'Union médicale latine, membre de leur puissante association.

Dr MOLINÉRY,
Secrétaire général de l'Union médicale latine (Umfia).

LA MÉDECINE AU PALAIS

TRAITEMENTS ESTHÉTIQUES

(Suite)

« Attendu qu'à supposer exceptionnelle la quantité de poils recouvrant les jambes de la dame P..., celle-ci était atteinte d'une imperfection, non d'une maladie ; qu'aujourd'hui elle est atteinte d'une maladie incurable et grave ; que ce résultat était prévisible pour le Dr X... ; qu'il y avait disproportion énorme et évidente entre le résultat à obtenir et le risque à courir ; que le Dr X... aurait donc dû refuser son concours ; qu'en le prêtant il a méconnu le premier intérêt de sa cliente qui était de conserver la santé ; qu'il a méconnu enfin cette évidence que les buts principaux de la médecine sont de donner la santé aux malades et d'éviter la maladie aux gens bien portants ;

Attendu qu'il suit de là qu'en appliquant sans nécessité son périlleux procédé d'épilation par application de rayons X sur la personne de la dame P... le Dr X... a commis une faute et engagé sa responsabilité ; qu'en effet l'absence d'erreur technique ou de négligence ne servirait qu'à prouver surabondamment le caractère périlleux du procédé ;

Attendu que pour se dégager de sa responsabilité le Dr X... propose par ses conclusions neuf exceptions :

1° Attendu qu'il excipe de ce que l'excès de poils serait une infirmité dite hypertrichose ; mais attendu qu'il n'y a là qu'une interprétation, que la santé de la dame P... n'était pas atteinte, qu'elle n'aurait pas dû être exposée par l'emploi d'un procédé périlleux ;

2° Attendu que le Dr X... excipe de ce que l'hypertrichose occasionne des démangeaisons ; mais attendu que la radiodermite en occasionne davantage et encore des ulcérations nécrotiques ;

3° Attendu que le Dr X... excipe de ce qu'il aurait averti la dame P... qu'après le traitement la peau serait très fragile ; mais attendu qu'un tel avertissement était insuffisant pour détourner la dame P... ;

Attendu qu'il n'y a pas à objecter ici que le médecin doit entretenir la confiance de son malade ; qu'il y avait non un malade auquel faire accepter une opération nécessaire, mais une personne bien portante à laquelle faire renoncer à une opération non nécessaire et périlleuse ;

4° Attendu que le Dr X... excipe de ce que s'il avait refusé son concours, la dame P... aurait toujours trouvé un médecin qui l'eût épilée de la

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

même manière ; mais attendu que l'hypothèse de la faute d'un tiers n'est pas une excuse ;

5° Attendu que le Dr X... excipe de ce que la dame P... lui avait dit préférer se suicider que de garder son imperfection ; mais attendu qu'à supposer établi le propos allégué le Dr X... ne pouvait tenir la dame P... comme en équilibre ; qu'il ne pouvait donc s'autoriser de la seule demande de celle-ci pour la mettre en danger ; qu'il avait pour devoir de lui expliquer que courir à un mal plus grand que celui que l'on veut éviter est une absurdité, de s'efforcer de la ramener à la raison, d'atermoyer puisqu'il n'y avait aucune urgence, d'appeler en consultation un neurologue ou un psychiatre ;

6° Attendu que le Dr X... excipe de prédisposition de la dame P... à la dermite par emploi, antérieurement à son application de rayons X, d'autres procédés d'épilation infructueux ; mais attendu qu'il devait s'en douter avant de décider l'emploi de son procédé et trouver là une raison surabondante de s'abstenir ;

7° Attendu qu'il excipe d'application antérieure de rayons X au genou droit par un autre médecin, ce que la dame P... reconnaît ; mais attendu que cela n'a aucun intérêt pour la jambe gauche ni pour les parties de la jambe droite autres que le genou ;

8° Attendu qu'il excipe de ce que la dermite a été provoquée par emploi par le Dr Y..., après opération, d'antiseptiques sur le genou droit qu'il n'avait pas épilé ; mais attendu que cette exception est sans intérêt pour la jambe gauche et pour les parties de la jambe droite autres que le genou ;

9° Attendu qu'il excipe de la prescription ; mais attendu que les faits ont eu lieu en 1924 ; qu'ils sont soumis à la prescription de trente ans établie par l'article 2262 Code civil ;

Attendu que le Dr X... ne peut tirer moyen de ce que les faits constitueraient le délit prévu et puni par l'article 320 du Code pénal et de ce que l'article 638 du Code d'instruction criminelle a établi une prescription de trois années pour l'action civile résultant d'un délit ; qu'en effet la loi du 3 janvier 1935 ayant amnistié le délit de l'article 320 du Code pénal a dépouillé le fait de son caractère pénal ;

Sur le préjudice :

Attendu qu'il échet de recourir à expertise pour aider à apprécier le dommage ;

Attendu que le Dr X... n'ayant pas traité le

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

genou droit, la dermite dont ce genou est atteint ne lui est pas imputable ;

Attendu que dans les frais médicaux exigés par le traitement de la dermite, dans les souffrances corporelles et dans l'infirmité, le tribunal trouve des éléments précis de préjudice justifiant la demande de provision de 100 000 francs ;

Par ces motifs,

Le tribunal, statuant publiquement, contradictoirement, en matière ordinaire, premier ressort, le ministère public entendu, après en avoir délibéré,

1° Condamne le Dr X... à payer à la dame P... la somme de 100 000 francs à titre de provision sur indemnité pour les causes sus-énoncées ;

2° Avant faire droit sur le complément de cette indemnité, commet comme experts... pour décrire le mal de la dame P... autre que celui du genou droit : 1° les souffrances corporelles subies ; 2° l'infirmité éprouvée, son taux et son point de départ ; 3° toutes autres conséquences dommageables telles que nécessité de soins douloureux et onéreux, impossibilité à accomplir certains actes normaux de l'existence, gêne dans des occupations domestiques ou d'agrément, nécessité de l'aide d'autrui, et fournir tous renseignements utiles pour la manifestation de la vérité. »

ADRIEN PEYTEL,
Avocat à la Cour d'appel.

REVUE DES CONGRÈS

XVe RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE

Paris, 26-27 mai 1936.
(Suite).

Physiologie de la vaso-motricité cérébrale.

MM. MAURICE VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON, S. DE SÈZE et R. CACHERA.

Les rapporteurs rappellent d'abord, dans un court exposé historique, le nombre considérable de travaux expérimentaux consacrés depuis plus d'un demi-siècle à l'étude de la circulation cérébrale. La multiplicité des disciplines expérimentales employées n'aboutit qu'à l'éclosion d'opinions opposées, et en apparence inconciliables.

Dans l'ensemble, il y a seulement une dizaine d'années, deux hypothèses restaient en présence :

Pour les partisans de la théorie *mécanique*, pour les physiologistes de l'école anglaise, le calibre des vaisseaux cérébraux obéit passivement aux variations de la pression artérielle générale ; dénués de nerfs vaso-moteurs, ces vaisseaux ne peuvent opposer à ces influences mécaniques passives aucune résistance efficace.

Dans l'autre camp, les défenseurs de l'idée d'une *activité vaso-motrice propre* des vaisseaux cérébraux, appuyés, depuis 1922, sur les recherches anatomiques de Stohr, reconnaissent l'existence de nerfs donnant effectivement aux vaisseaux cérébraux le pouvoir de se contracter et de se dilater activement.

Autant que les physiologistes, les cliniciens devaient souhaiter voir sortir de recherches plus rigoureuses une solution à ce conflit. Les cliniciens, en effet, n'avaient pas attendu la fin de la controverse pour reconnaître l'existence de spasmes vasculaires cérébraux, et leur attribuer la responsabilité totale ou partielle de certains accidents comme la migraine, l'épilepsie ou le ramollissement cérébral.

Par là s'explique la recrudescence d'activité des expérimentateurs qui, depuis une dizaine d'années, munis de techniques nouvelles ou nouvellement perfectionnées, se sont efforcés de serrer de plus en plus près les deux aspects de la question, savoir :

1° Établir sur des bases objectives l'absence ou l'existence d'*une vaso-motricité cérébrale active*, en regard des modifications de calibre d'origine *passive*, commandées par les variations de la pression artérielle ;

2° Reconnaître, dans cette activité vaso-motrice, la part du système nerveux et celle des *influences d'ordre chimique*.

Limitant le problème à l'étude de la *vaso-motricité cérébrale*, les rapporteurs se sont attachés essentiellement à l'exploration des *changements subis par les parois vasculaires, car ceux-ci constituent proprement les réactions vaso-motrices du cerveau.*

Le calibre des vaisseaux cérébraux, ses variations éventuelles sous des influences diverses devenaient ainsi l'objet essentiel de leur étude.

Aussi les méthodes indirectes d'investigation (mesures des vitesses, des pressions, des volumes, du débit), excellentes pour préciser certains aspects du problème, ont-elles paru peu adaptées à ce but.

Au contraire, la technique d'observation directe des vaisseaux cérébraux, si remarquablement mise au point par les physiologistes de l'école de Harvard, par Forbes et par Wolff, convenait seule, mais au premier chef, à une étude de la vaso-motricité. Elle a été adoptée par les auteurs à l'exclusion de toute autre.

On sait qu'elle consiste dans l'observation microscopique directe des vaisseaux du cortex cérébral, à travers un hublot de verre qui obture la brèche osseuse de trépanation et sous lequel un dispositif approprié permet de faire circuler un liquide de composition, de température et de pression convenables. La courbe de la pression artérielle et celle du volume cérébral sont simultanément enregistrées.

Les rapporteurs ont fait un emploi très étendu des micro-photographies en série, grâce à l'usage d'un appareil autorisant la prise des clichés à de très courts intervalles (toutes les cinq secondes par exemple). Un système simple de signal, synchrone avec le déclencheur de l'appareil photographique, marque sur le tracé lui-même le moment précis où chaque image a été fixée. On obtient ainsi une succession de clichés rigoureusement repérés par rapport aux différentes phases du tracé. *C'est sur ces clichés agrandis que la mensuration des*

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

diamètres vasculaires a été pratiquée, à loisir et avec précision.

Cette technique permet ainsi réellement une confrontation graphique quasi-permanente entre calibre des vaisseaux et niveau de la pression artérielle.

Or, toute variation dans le diamètre des artères cérébrales ne peut être interprétée qu'en fonction du tracé de la pression artérielle et de celui du volume cérébral concurremment enregistrés.

C'est cette idée directrice qui a dominé toute la réalisation de l'expérimentation personnelle des rapporteurs.

***

Les influences mécaniques, chimiques et nerveuses qui s'exercent sur la vaso-motricité cérébrale ont été successivement étudiées.

I. — En ce qui concerne les **influences mécaniques ou hydro-dynamiques**, auxquelles le calibre des vaisseaux cérébraux obéit de façon *passive*, une distinction s'impose immédiatement.

a. Les *variations de la pression veineuse* ne sont pas, comme l'ont prétendu Forbes et Wolff, dénuées d'action sur le calibre des artères cérébrales ; mais cette influence de la pression veineuse n'a qu'une importance secondaire.

b. Plus important déjà paraît être le rôle des modifications de la *pression intracranienne.* L'hypertension intracranienne se montre suivie constamment d'un affaissement passif des artérioles du cerveau, cause d'anémie cérébrale relative et d'hypertension artérielle, comme Dushing l'a montré depuis longtemps.

c. En pratique, ce sont surtout les *modifications de la pression artérielle* qui se montrent capables d'influencer mécaniquement le calibre des artères du cerveau. Toute augmentation de la pression artérielle générale tend à déterminer une distension mécanique des artères, donc une *vaso-dilatation cérébrale.* Inversement, toute chute de la pression artérielle générale tend à déterminer un resserrement mécanique des artères cérébrales, donc une *vaso-constriction.*

En outre, à l'entrée de la circulation cérébrale existe un dispositif protecteur dont la fonction est automatique, et consiste à amortir les ondes hypertensives et hypotensives qui tendraient à bouleverser le cours de la circulation cérébrale. C'est le *sinus carotidien* qui peut être considéré, non seulement comme un système régulateur de la pression artérielle, mais encore comme un mécanisme protecteur de la circulation cérébrale.

Un des facteurs essentisls qui préside aux variations de calibre des vaisseaux cérébraux est donc représenté par les variations de la pression artérielle générale plus ou moins efficacement amorties par ce dispositif régulateur automatique qu'est l'appareil sino-carotidien. Mais cet automatisme *passif*, purement mécanique et extra-cérébral, ne résume pas toute la question de la régulation du calibre des artérioles du cerveau.

II. — Les **influences chimiques** capables de s'exercer sur la vaso-motricité cérébrale peuvent être classées sous deux chefs :

Los unes, physiologiques, pouvant, à l'état normal,se comporter comme des *hormones* ;

Les *autres*, pouvant être introduites dans l'organisme par le physiologiste ou le médecin, permettent de se demander si certains *agents pharmacodynamiques* donnent le moyen d'agir efficacement sur la circulation cérébrale.

A. **Substances circulant à l'état physiologique.** — 1° L'*oxygène* ne paraît pas être, comme on l'a parfois observé, un vaso-constricteur. Le CO^2, par contre, se conduit à l'égard des vaisseaux cérébraux comme un *puissant vaso-dilatateur.* C'est à cette action que se rattache la vaso-dilatation cérébrale consécutive à l'asphyxie et la vaso-constriction cérébrale consécutive à l'hyperpnée ;

2° L'*acétylcholine*, injectée par voie veineuse ou sous-cutanée, dilate les vaisseaux cérébraux. Les auteurs présentent quelques tracés relatifs à cette action, dont l'importance thérapeutique ne peut échapper à personne ;

3° L'influence de l'*histamine* a été plus discutée. Mais, en réalité, les travaux concordants de Forbes, Weiss et Lennox, de Finesinger et Putnam semblent aujourd'hui permettre de conclure formellement que l'*histamine* dilati les petits vaisseaux du cerveau. Les observations divergentes semblent dues à l'effet de l'anesthésie à l'éther, dont les effets vaso-dilatateurs peuvent masquer ceux de l'histamine.

4° La question des *extraits du lobe postérieur d'hypophyse* est plus controversée. Une grande majorité de travaux, depuis les premières expériences de Dixon et Halliburton, en 1910, jusqu'aux plus récentes expériences de perfusion de Finesinger et Putnam, en 1935, plaide en faveur de l'action *vaso-constrictive* exercée par l'extrait pituitaire sur les vaisseaux cérébraux comme sur tous les autres vaisseaux du corps ;

5° Au sujet de l'*adrénaline*, d'innombrables contradictions ont été accumulées au cours d'un demi-siècle d'incessantes recherches.

a. Un premier fait semble établi : l'*adrénaline*, injectée par voie veineuse ou carotidienne, *n'est pas un vaso-constricteur cérébral* ; bien au contraire, cette injection déclenche une *vaso-dilatation du cerveau.*

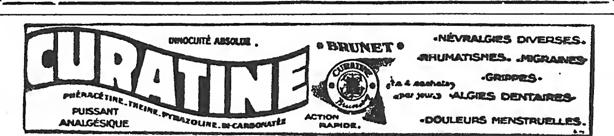
M. Riser et ses collaborateurs, qui ont beaucoup contribué à établir cette notion expérimentale, ont insisté sur le contraste qui oppose, après l'injection d'adrénaline, la vaso-dilatation cérébrale et la vaso-constriction splanchnique et périphérique. Les auteurs présentent à ce sujet des documents personels qui concordent avec ces données.

b. Mais cette vaso-dilatation cérébrale marche de pair avec une forte *hypertension* artérielle. Il semble donc logique, *a priori*, de penser que cette vaso-dilatation n'est que l'effet d'une distension mécanique due à la poussée hypertensive. Il a suffi d'ailleurs de supprimer artificiellement l'action hypertensive de l'adrénaline pour supprimer du même coup la *vado-dilatation cérébrale.*

Bien plus, l'adrénaline a pu déterminer au cours des expériences de perfusion à pression constante de Finesinger et Putnam, et surtout dans les expériences de perfusion et de circulation cérébrale isolée de Bouckaert et Jourdan, une légère vaso-constriction de ces vaisseaux. Mais cette constriction est minime : la vaso-constriction cérébrale créée par l'adrénaline est beaucoup moins intense que celle qui est déterminée par la même dose de ce corps dans les autres territoires vasculaires.

c. Au total, l'adrénaline, introduite dans la circulation


POUR LE TRAITEMENT DE TOUTES AFFECTIONS à STREPTOCOQUES et à STAPHYLOCOQUES
PLAIES INFECTÉES, ABCÈS, FURONCLES, ETC.
arapal
POMMADE NON GRASSE
RICHE EN ANTIVIRUS
LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
H. VILLETTE, Pharmacien
131, Rue Cambronne, PARIS-15e
Tél. Vaugirard 11-23
A.S.I.P.


CURATINE
INNOCUITÉ ABSOLUE.
BRUNET
NÉVRALGIES DIVERSES.
RHUMATISMES. MIGRAINES
GRIPPES.
ALGIES DENTAIRES
DOULEURS MENSTRUELLES.
PHÉNACÉTINE-THÉINE-PYRAZOLINE-BI-CARBONATÉE
PUISSANT ANALGÉSIQUE
ACTION RAPIDE.

déclenche une poussée hypertensive qui dilate mécaniquement les artères cérébrales. Toutefois, arrivant au contact des vaisseaux cérébraux, elle y provoque une certaine tendance vaso-constrictive, trop faible pour vaincre la dilatation mécanique, mais assez marquée cependant pour la *freiner*, en diminuer l'importance et en limiter les effets.

d. Les auteurs envisagent ensuite les influences capables de modifier l'action de l'adrénaline sur les vaisseaux cérébraux.

L'*alcalinisation* préalable leur a paru susceptible de limiter la vaso-dilatation cérébrale adrénalinique.

L'*yohimbinisation* ne donne pas de résultats constants. Les rapporteurs ont observé, en même temps que la chute tensionnelle provoquée par l'inversion de l'adrénaline, tantôt un resserrement léger, purement passif sans doute, des artères cérébrales, tantôt une dilatation nette. Celle-ci, concomitante de l'hypotension, prend donc la valeur d'une action propre, pharmacodynamique : c'est l'inversion adrénalinique saisie directement.

B. Parmi les substances utilisées en thérapeutique, bon nombre d'**agents pharmacodynamiques** sont doués d'une influence nette et définie sur le calibre des artérioles cérébrales.

Il est à remarquer, toutefois, que peu de corps possèdent une action constrictrice réellement objective, tandis que l'action vaso-dilatatrice de l'acétylcholine, du nitrite d'amyle, de la papavérine, de la caféine dans certaines conditions, de l'éther et de certains dérivés barbituriques, est indiscutable.

III. — Reste à envisager la part que prennent au contrôle vaso-moteur cérébral les **influences nerveuses**.

L'existence d'un contrôle nerveux était rendu vraisemblable par les recherches histologiques de Stohr, de Penfield, de Tinel, démontrant que les artères cérébrales sont abondamment pourvues de nerfs.

La physiologie a ratifié ces données fournies par l'histologie en démontrant que le calibre des vaisseaux cérébraux peut être modifié par des excitations portant sur le vague et sur le sympathique cervical.

a. L'**excitation du pneumogastrique** détermine une vaso-dilatation cérébrale : cette vaso-dilatation est l'effet d'un réflexe dont le X représente la voie centripète, tandis que la voie centrifuge est représentée par le nerf facial et le grand nerf pétreux superficiel.

b. En ce qui concerne l'**action du sympathique cervical**, le problème est certainement moins simple. Il semble que l'excitation du sympathique se rapproche beaucoup, par ses effets, de l'injection d'adrénaline ; elle détermine dans le territoire vasculaire cérébral une certaine tendance à la *vaso-constriction*.

Mais cette tendance vaso-constrictive cérébrale est *relativement faible*, tandis que la vaso-constriction déterminée simultanément dans le territoire de la carotide externe — face, langue et mâchoires — est une vaso-constriction *intense*. Cette différence d'intensité flagrante entre les deux vaso-constrictions, extra et intra-craniennes, déterminée par l'excitation du sympathique cervical, est peut-être à la base des résultats apparemment contradictoires obtenus par les expérimentateurs.

La vaso-constriction extracranienne, en effet, en réduisant de 80 à 100 p. 100 le calibre des artérioles de la face, de la langue et des mâchoires, équivaut à une véritable ligature de la *carotide externe*. De ce fait, le sang de la carotide primitive se trouve dérivé vers les artérioles cérébrales et la distension mécanique qui en résulte s'oppose à la vaso-constriction cérébrale, au point d'en réduire considérablement et parfois d'en annihiler les effets.

Conclusions. — I. Les rapporteurs terminent leur travail en concluant que le calibre des vaisseaux cérébraux obéit, à l'état normal, à trois groupes d'influences d'importance inégale :

1° Les **influences hydro-dynamiques**, parmi lesquelles les variations de la pression artérielle générale sont sans doute les plus efficaces. Cette dépendance du calibre vasculaire cérébral est tempérée par la présence, à l'entrée de la circulation cérébrale, de l'appareil vasculo-sensible sino-carotidien, régulateur automatique assurant la protection des vaisseaux cérébraux contre les variations tensionnelles ;

2° Le **contrôle humoral**, d'ordre chimique. Le calibre des vaisseaux du cerveau peut varier avec la teneur du sang en hormones d'origine surrénale, hypophysaire ou tissulaire, en CO^2, selon que varie la concentration moléculaire des humeurs, et sans doute aussi l'équilibre acide-base.

Il est toutefois remarquable qu'un grand nombre de ces mêmes substances, qui déterminent dans les autres artères de l'organisme des variations de calibre *intense*, ne provoquent, dans les artères cérébrales, que des variations vaso-motrices *très discrètes*.

3° Le **contrôle nerveux** des vaisseaux cérébraux paraît aujourd'hui indéniable. Il s'exerce par l'action de nerfs vaso-constricteurs, issus du système sympathique, de nerfs vaso-dilatateurs, appartenant au système *parasympathique*. Toutefois l'importance des variations de calibre ainsi déclenchées est des plus réduite.

Ce caractère donne à penser que le rôle physiologique des nerfs vaso-constricteurs cérébraux n'est pas de provoquer des phénomènes de vaso-constriction, mais seulement de protéger les vaisseaux cérébraux contre le danger d'une vaso-dilatation excessive.

II. Le physiologiste nous met donc en présence de ce fait : en dépit de la triple série d'influences qui s'exerce sur elle, la circulation cérébrale se montre douée, à l'état normal, d'une *très grande stabilité*.

Il faut reconnaître que les raisons de ce régime d'exception ne sont pas encore nettement élucidées. On peut cependant rappeler que les travaux de Tinel l'ont amené à considérer cette impassibilité apparente des vaisseaux cérébraux comme l'effet d'un mécanisme fréno-régulateur, exerçant sur la vaso-motricité cérébrale une permanente inhibition.

III. Reste à chercher comment la stabilité physiologique relative du calibre des vaisseaux cérébraux peut être conciliée avec l'importance si considérable que les cliniciens ont accordée aux processus vaso-moteurs et notamment aux processus angio-spastiques dans la pathologie nerveuse.

A ce point de vue, les auteurs font remarquer que la notion physiologique d'une circulation cérébrale stable, bien défendue contre toutes sortes d'influences mécaniques, chimiques et nerveuses, n'exclut nullement la

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

possibilité de voir se réaliser, en clinique, dans un cerveau malade, des conditions favorables à l'éclosion de graves perturbations vaso-motrices.

Discussion

M. Niessl von Mayerdorff (Leipzig) considère qu'il est indispensable d'admettre un antagonisme entre la nutrition de l'écorce et celle de la substance blanche ; leur irrigation doit être différente et les artères de la substance blanche semblent terminales.

M. Tinel (Paris) souligne la divergence profonde qui sépare les faits d'observation clinique des faits expérimentaux. En clinique, l'angiospasme paraît indiscutable : on l'observe sur la table d'opération au cours d'une crise d'épilepsie et il semble bien conditionner migraine, hémiplégies transitoires, spasme des artères rétiniennes. Sur le terrain expérimental au contraire, la circulation cérébrale paraît d'une stabilité extraordinaire. La vasomotricité cérébrale existe sans doute, mais une correction nerveuse et musculaire lisse l'empêche d'être appréciable.

L'inhalation d'oxygène provoque une diminution considérable du pouls cérébral et une chute importante de la tension du liquide céphalo-rachidien.

Le cerveau semble insensible à l'adrénaline, mais la section du sympathique cervical lui rend une sensibilité très importante. Les sympathicolytiques, et notamment l'yohimbine agissent de même et rendant le cerveau sensible à l'adrénaline.

Un dispositif très perfectionné protège normalement le cerveau contre les troubles vaso-moteurs. La disparition de ce dispositif sous l'influence de causes pathologiques diverses explique vraisemblablement l'angiospasme. *(A suivre).*

Jean Lereboullet.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 juillet 1936.

L'acoustique de la salle de l'Académie. — Un nouvel effort vient d'être tenté par le Conseil d'administration de l'Académie, pour améliorer l'acoustique de la salle des séances.

Des diffuseurs au nombre d'une vingtaine ont été répartis devant les fauteuils. Le premier essai paraît très satisfaisant.

Trypanosomiase et vapeurs de Moranyl. — En se servant de la même technique que celle indiquée pour l'immunisation des animaux par voie aérienne, M. A. Trillat a essayé d'arrêter l'évolution d'une infection parasitaire bien caractérisée, par simple inhalation d'une substance active mise sous forme de nuage dans des conditions déterminées. Il a pris comme exemple l'infection rapidement mortelle chez la souris de la trypanosomiase (Nagana) et choisi le Moranyl (Fourneau) comme substance active : M. A. Trillat a trouvé que les souris étaient guéries sans récidives en leur faisant respirer pendant une heure un air renfermant un millionième de Moranyl à l'état de vapeur humide et que les doses curatives par inhalation étaient du même ordre de grandeur que les doses curatives par injection. Il est intéressant de remarquer que, dans ce dernier cas, l'administration du médicament a lieu massivement, tandis que par voie pulmonaire, elle s'effectue lentement.

Cet exemple montre l'intérêt que pourrait présenter, en général, l'étude de la médication par voie aérienne.

La neuro-psychiatrie légale et sociale prophylactique du vagabondage des garçons. — M. Roubinovitch et Mlle Bugnion. — Les investigations sociales, les recherches neuro-psychiatriques et les mensurations psychologiques concernant les garçons vagabonds conduisent les auteurs aux conclusions suivantes :

I. Au point de vue médico-légal, *le garçon vagabond n'est pas un délinquant.*

En effet, dans aucun des cas étudiés par eux, la faute du sujet n'est autre que d'avoir été arrêté dans la rue au moment où il en subissait l'influence néfaste, étant sans ressources et se trouvant loin du domicile de ses répondants, parents ou autres.

Par contre, le jeune vagabond est toujours un sujet en état d'infériorité, due, trois fois sur quatre, aux circonstances familiales ou sociales dans lesquelles il a été élevé : infériorité, à la fois, *intellectuelle, neurologique* et *physique.*

Aussi importe-t-il, dans 70 p. 100 des cas, de prévoir pour le jeune vagabond un placement éducatif prophylactique lui offrant des chances assez favorables pour qu'il puisse retrouver des soins médicaux et moraux appropriés, ainsi que des possibilités d'apprentissage proportionnées à ses moyens intellectuels et physiques.

C'est en vue de cette orientation nouvelle à donner à ces garçons dévoyés que les auteurs pratiquent des examens, qui sont destinés à éclairer et à guider les juges dans leurs verdicts.

II. Au *point de vue social*, les auteurs distinguent deux catégories de garçons vagabonds qu'il y a lieu de traiter différemment :

a. Les vagabonds non pervertis ;

b. Les vagabonds pervertis.

III. Au *point de vue de l'orientation professionnelle*, les auteurs classent ces garçons en trois groupes distincts demandant des régimes prophylactiques spéciaux, à savoir :

1° Les *grands débiles* ne pouvant pas être livrés à eux-mêmes, ni apprendre un métier exigeant une certaine instruction ; il faut prévoir pour eux un internement très prolongé dans un asile spécial pourvu d'une colonie agricole ;

2° Les enfants subnormaux, mais éducables, qui seront à classer et à orienter professionnellement selon leurs aptitudes, et à éduquer par des méthodes appropriées dans des institutions spécialisées, comme les internats de perfectionnement, prévus par la loi éducative du 15 avril 1909 sur les arriérés ;

3° Les enfants à intelligence normale ou supérieure, qu'il est nécessaire avant tout de placer dans un milieu

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

sain, pour que la nature et la qualité de leur apprentissage donnent un maximum de chances propres à développer leurs bonnes aptitudes.

Etude générale de l'état sanitaire de notre marine marchande. — M. MARCEL MOINE. — « Des renseignements transmis par l'établissement national des Invalides de la Marine marchande, collectivité de près de 200 000 membres, nous avons extrait diverses considérations qui ont mené aux conclusions suivantes :

Au regard des allocations journalières, les accidents occupent, tant en 1933 qu'en 1934, la première place avec 118 et 108 cas pour 10 000 hommes.

Par contre, dans l'attribution des indemnités renouvelables (indemnités accordées après quatre mois d'incapacité de travail), la tuberculose joue un rôle prédominant atteignant 23 et 24 cas pour 10 000 marins, au cours des années 1933 et 1 934. Mais elle apparaît encore plus néfaste si on la considère par rapport à l'ensemble de la morbidité, puisque alors elle représente 42,4 cas pour 100 au total. Bien plus, si l'on y ajoute les autres affections de l'appareil respiratoire (bronchite, pneumonie, etc.), 64,6 p. 100 indemnités renouvelables leur sont attribuables contre 13,1 aux accidents.

D'autre part, une étude détaillée de la morbidité tuberculeuse dans chaque quartier maritime a révélé que la région bretonne était la plus touchée, comme elle l'est d'ailleurs au regard de la mortalité tuberculeuse dans la population en général.

En ce qui concerne les pensions d'infirmités et les pensions de veuves, orphelins et ascendants (non compris les reversions), la tuberculose réclame à nouveau une part suffisamment importante, bien que laissant la première place aux accidents graves et aux submersions, risques professionnels par excellence.

Nous voyons ainsi par cette étude tout l'intérêt que présenterait, pour cette collectivité, l'organisation rationnelle de la prophylaxie des maladies transmissibles. »

Essai d'une thérapie anti-néoplasique par modification physico-chimique dans l'équilibre sanguin. — M. ROBERT HIRSCH. — Cette méthode consiste en l'application au malade d'un sérum physiologique spécial très fortement acidifié par différentes combinaisons chimiques, et aussi éventuellement en l'adjonction d'injections sous-cutanées de glutathion réduit.

Action d'un extrait épiphysaire sur quelques constituants biochimiques du sang. Augmentation de la potassémie. — M. PARHON et Mmes STEFANESCU-DRAGOMIREANU et MARCULESCU.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 juillet 1936.

Désensibilisation spontanée chez le lapin sensibilisé. esensibilisation. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, MAURIC et Mme A. HUGO ont montré que l'état anaphylactique avait, chez le lapin, une durée qui n'excède pas en général soixante-dix jours. Les lapins testés après ce temps sont à nouveau sensibilisés par l'injection déchaînante qui n'a pas produit de choc. Cette nouvelle sensibilisation se comporte comme la primo-sensibilisation, tant au point de vue du moment de son apparition qu'au point de vue de sa durée.

Date d'apparition de l'état anaphylactique chez le lapin sensibilisé au sérum de cheval en fonction de la dose sensibilisante. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC et Mme A. HUGO rapportent des expériences qui montrent qu'à l'inverse de ce que l'on soutient pour le cobaye, les doses fortes sensibilisent le lapin dans les mêmes délais que les doses moyennes habituellement employées, les doses faibles ne sensibilisent pas plus rapidement.

Modifications électrocardiographiques après ligature de la veine porte. Etude expérimentale. — MM. M. LOEPER et P. SOULIE ont pratiqué chez le chien des ligatures complètes et partielles de la veine porte et ont noté qu'elles étaient suivies de modifications des tracés électro cardiographiques.

Effet des injections hypertoniques intra-artérielles sur la glycémie. — MM. A. BAUDOUIN, J. LEWIN et E. AZERAD ont injecté à des chiens par voie intra-artérielle des solutions hypertoniques de NaCl.

Ils ont effectué deux séries d'expériences identiques, l'une en hiver, en février et mars, l'autre aux mois de mai et de juin.

La première série a montré l'apparition au cours des injections d'une hypoglycémie notable, pouvant aller jusqu'à 50 p. 100 du chiffre initial, chez la plupart des chiens expérimentés. Dans la deuxième série, une proportion très faible d'animaux injectés a présenté un abaissement de sucre sanguin et la chute a été moins intense que dans la série précédente.

Les auteurs se demandent s'il ne faut pas chercher la raison de cette discordance dans l'époque où les deux séries d'expériences ont été effectuées. Ils concluent à l'extrême prudence avec laquelle il faut interpréter les hypoglycémies observées au cours de certaines expériences.

Plurinucléose neuronale expérimentale consécutive à l'injection répétée d'extraits antéhypophysaires. — MM. G. ROUSSY et M. MOSINGER rappellent leurs recherches sur la plurinucléose au niveau des neurones végétatifs de l'hypothalamus et les réactions neuronales consécutives à l'hyperneurocrinie expérimentale. Ils ont constaté également la présence de nombreux péricaryones binucléés, au niveau du système neuro-végétatif périphérique (plexus solaire) chez le cobaye traité par des injections (pleux solaire) chez le cobaye traité par des injections répétées d'extrait alcalin antéhypophysaire. Ces recherches les ont conduits aux conclusions suivantes :

1° Le système neuro-végétatif est capable de régénération et la loi de l'immuabilité des neurones ne lui est pas applicable. Il parait, au contraire, dans un état de remaniement constant ; 2° l'hypophyse exercerait un effet trophique, non seulement sur l'hypothalamus, formation névraxiale, mais encore sur le système neuro-végétatif phériphérique ; 3° il faut tenir compte de ces faits, dans le traitement des syndromes neuro-végétatifs, tant du point de vue neuro-chirurgical (capacité régénératrice après énervation) que du point de vue hormonal (réactivité du système neuro-végétatif aux hormones antéhypophysaires).

Sur les modifications apportées au pouvoir bactéricide du sang par le citrate de soude. — MM. PAUL CARNOT et HENRI LAVERGNE. — Le citrate de soude à la dilution de

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

5 p. 1000 suffit à empêcher la coagulation du sang, mais n'atténue pas son pouvoir bactéricide.

Au contraire, à 10 p. 1 000 — et surtout 15 et 20 p. 1 000 — il le diminue considérablement et permet en vingt-quatre heures la pullulation abondante des germes dans le sang total non dilué.

Les faits rapportés paraissent utiles à connaître pour l'étude du pouvoir bactéricide du sang ; leur intérêt est certain pour la technique des hémocultures, soit pour citrater fortement les milieux de culture, soit pour le transport en vénules du sang non ensemencé et citraté.

Sur l'hémolysine pancréatique. — MM. R. Dujarric de la Rivière, N. Kossovitch et S. Ishii confirment leurs premières conclusions en les étendant à l'homme et à un certain nombre d'animaux. Ils montrent que les hémolysines sont fixées sur le corps même de l'organe. Ils ont précisé également comment certaines actions physiques et chimiques (température, absorption, action de l'éther, de l'alcool, de l'acétone) agissent sur l'hémolysine pancréatique.

Recherches sur le mécanisme des effets cardio-vasculaires de l'ion calcium. — M. René Hazard et Mlle Lise Wurmser. — Les sels solubles de calcium provoquent de la vasoconstriction surtout par décharge d'adrénaline ; ils augmentent l'amplitude des contractions cardiaques, non seulement par hyperadrénalinémie, mais encore par une action propre, directe, sur la contractilité cardiaque.

La teneur en fer et en cuivre du foie et de la rate des enfants aux différents âges. — MM. E. Lesné, P. Zizine et S.-B. Briskas ayant étudié 94 cas de fœtus de différents âges, de prématurés, d'enfants mort-nés à terme et d'enfants plus âgés, ont abouti aux conclusions suivantes :

Pendant la période fœtale, le foie et la rate contiennent une réserve importante de cuivre. Cette réserve diminue chez les enfants prématurés et augmente chez les enfants mort-nés à terme, en particulier chez les hérédo-syphilitiques.

Ce taux élevé persiste chez les enfants nés à terme et ayant vécu quelques heures. Il diminue ensuite au fur et à mesure que l'enfant grandit.

Enfin les maladies infectieuses paraissent influencer le taux du cuivre dans le foie et la rate dans le sens de la diminution. Ceci peut s'expliquer par une plus grande abondance du cuivre dans le sang des jeunes malades, comme nous l'avons déjà signalé.

Pour ce qui est du fer, il semble suivre les mêmes variations que le cuivre pendant la période fœtale, de même que chez les mort-nés à terme et chez les enfants ayant vécu quelques heures. Par contre, chez les enfants morts de maladies infectieuses, il suit des variations inverses de celles du cuivre, c'est-à-dire que son taux augmente dans le foie et la rate.

Recherches sur l'immunité active de l'embryon. — M. M. Weinberg et Mme A. Cuelin ont infecté des œufs de poule pendant l'incubation à plusieurs reprises et à quatre ou cinq jours d'intervalle, avec des quantités faibles mais croissantes de *B. sporogenes* ou de *V. septique*. A la fin de l'incubation, le sang de l'embryon était complètement dépourvu de tout pouvoir agglutinant. Comme les leucocytes n'apparaissent en quantité suffisante que vers la fin de l'incubation, les auteurs ont cherché à activer le cycle évolutif des éléments blancs du sang par la greffe de fragments de rate de poule adulte. Ils ont réussi à augmenter d'une façon considérable la richesse du sang de l'embryon en leucocytes. L'embryon de poulet n'a pourtant pas produit d'agglutinines antibactériennes.

Holosérum anti-perfringens. — M. M. Weinberg et Mlle Guillaume ont préparé un holosérum anti-*perfringens*, c'est-à-dire un sérum actif à la fois contre les microbes et toutes les toxines de l'espèce *perfringens*. Dans la préparation de ce sérum, on se heurte à la difficulté que l'on rencontre lorsqu'on prépare des sérums polyvalents.

Un cheval réagit de façon inégale vis-à-vis des différentes toxines de la même espèce microbienne. Son sérum peut donc être très actif vis-à-vis d'une toxine du *B. perfringens* et n'avoir qu'un titre faible vis-à-vis de la toxine d'un autre type de la même espèce. Malgré cette particularité, on arrive à obtenir un bon holosérum en immunisant le même cheval avec le mélange de toxines renfermant tous les antigènes qui caractérisent l'espèce *perfringens*.

Vaccination anticolibacillaire et procédé très simple de préparation de l'endotoxine colibacillaire. — MM. M. Weinberg et A. Kreguer. — M. Weinberg insiste depuis la guerre sur le fait que les meilleurs résultats thérapeutiques sont obtenus par l'emploi des sérums à la fois antitoxiques et antimicrobiens, c'est-à-dire à la fois anti-exo et endotoxiques (sérums complets ou *holosérums*). Ce qui est vrai pour l'hyperimmunisation des chevaux l'est également pour la vaccination.

Des études comparatives avec plusieurs vaccins différents ont montré qu'on peut vacciner les cobayes avec l'anatoxine, mais des résultats meilleurs et plus rapides sont obtenus par l'anaculture ou l'endotoxine. Ces résultats sont confirmés par les essais sur l'homme. Les auteurs préparent leur endotoxine en soumettant les corps microbiens centrifugés et repris par l'eau distillée neutre, pendant plusieurs jours à l'étuve à 50°. L'endotoxine préparée de cette façon tue la souris à la dose de 1/20e de centimètre cube en injection intraveineuse. Son pouvoir toxique n'est pas diminué par addition de formol.

La réaction locale provoquée par l'inoculation de staphylocoques chez le cobaye neuf et chez le cobaye vacciné au moyen de l'anatoxine staphylococcique. — M. M. Djourichitch montre que, grâce à l'immunité provoquée par l'anatoxine staphylococcique et caractérisée par la présence de l'antitoxine spécifique, l'organisme de l'animal vacciné peut lutter victorieusement contre l'infection locale, alors que chez l'animal neuf elle continue à évoluer.

Sur l'immunité antistaphylococcique provoquée par l'anatoxine spécifique et par différents antigènes vis-à-vis de l'infection expérimentale par le staphylocoque. — MM. G. Ramon, M. Djourichitch et R. Richou montrent que l'anatoxine staphylococcique provoque chez les lapins l'apparition et le développement d'une immunité antitoxique de grande valeur; elle confère, par là même, à la majorité des animaux qui possèdent cette immunité, une résistance totale à l'égard de l'infection expérimentale qui entraîne rapidement la mort des lapins neufs ou des lapins simplement vaccinés avec le vaccin staphylococcique microbien.

F.-P. Merklen.

NOUVELLES

Clinique médicale propédeutique de l'hôpital Broussais-La Charité, 96, rue Didot (Professeur EMILE SERGENT). — Un cours de perfectionnement sur les *Suppurations bronchiques, pulmonaires et pleurales* sera donné sous la direction du professeur Sergent, du lundi 30 novembre au jeudi 10 décembre 1936.

Une affiche donnera prochainement le programme détaillé.

Confédération des syndicats médicaux français, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe). — *Communiqué.* — La Confédération des Syndicats médicaux français met en garde tous les médecins de France sollicités actuellement d'adhérer à des groupements nouveaux d'étiquettes variables.

La Confédération groupe 20 000 médecins.

Elle remplit largement son *rôle de défense professionnelle*, spécialement en matière de lois médico-sociales.

Qu'il suffise à ce sujet de comparer les dispositions législatives obtenues par les Syndicats médicaux français avec celles des pays voisins.

La Confédération entend, d'autre part, développer le *rôle social du médecin.* La lecture du *Médecin de France* démontre clairement que ce rôle social fait depuis longtemps partie essentielle de ses préoccupations

Notre groupement corporatif est puissant, solidement organisé, les discussions y sont libres. Les décisions prises, *seule est exigée la discipline dans l'action.*

Nous ne pouvons être forts et remplir pleinement notre rôle social et notre rôle de défense professionnelle que si nous sommes tous groupés et strictement disciplinés.

Que les 5 ou 6 000 médecins restés jusqu'à présent, pour des raisons diverses, hors de nos syndicats s'y inscrivent.

Que tous repoussent les tentatives de division ou d'émiettement.

Contre les emprises qui s'ébauchent, si nous voulons vivre *un seul front, une seule discipline.*

Les croisières des professions libérales françaises organisent du 31 juillet au 20 août 1936 une croisière à bord du navire de la Compagnie générale transatlantique *Charles-Roux*, 1re classe, cabine extérieure, selon l'itinéraire suivant : Le Havre, Southampton, Copenhague, Gdynia, Leningrad, Moscou, Kiev, Varsovie, Vienne Paris (couchette en U. R. S., wagons-lits de Shepetovka, à Varsovie et de Vienne à Buchs et hôtels de 1er ordre). Au retour : possibilité de séjourner plus longtemps et de terminer ses vacances à Vienne et en Autriche.

Dans le prix exceptionnellement réduit, vu le caractère corporatif du voyage : 3 650 francs, sont compris tous les frais de séjour et de transport, toutes les excursions et visites collectives, une soirée théâtrale à Moscou, tous les pourboires à terre. Prix spécial pour les étudiants sur présentation de leur carte : 2 700 francs.

S'adresser à la *Gazette médicale de France*, 9, rue de l'Odéon, Paris (VIe). Tél. Danton 30-03.

Association pour la documentation photographique et cinématographique dans les sciences. — Comme chaque année, il est organisé du 9 au 15 octobre 1936, au musée pédagogique de l'Etat, 29, rue d'Ulm, Paris, le Congrès de l'Association pour la documentation photographique et cinématographique dans les sciences.

Une exposition de matériel et de documents, des séances de projections fixes et animées, en tous formats, feront l'objet de cette réunion.

En raison de l'importance qu'a prise cette manifestation annuelle, il est indispensable de faire parvenir, *dès maintenant*, les titres des communications et des films en mentionnant : formats, muets ou parlants, temps de projection approximatif.

Les envois doivent absolument être parvenus *au plus tard* le 1er octobre 1936.

P. S. — La correspondance doit être adressée au Dr Claoué, 39, rue Scheffer, Paris (XVIe) ; les appareils, documents et films, au Musée pédagogique de l'Etat, 29, rue d'Ulm, Paris (V^e).

Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord. (7, 8, 9, 10 septembre 1936). — A l'occasion du Congrès des médecins de langue française devant avoir lieu à Montréal les 7, 8, 9 et 10 septembre, trois itinéraires sont organisés avec le concours des grandes Compagnies de navigation et des réseaux américains et canadiens, pour ceux qui désireraient participer à ce congrès :

ITINÉRAIRE N° 1. — Départ du Havre le 28 août sur SS *Ascania.* Retour au Havre le 21 septembre sur SS *Normandie* (durée : 24 jours). Visite de Québec, Montréal, Chutes du Niagara et New-York. Prix : en classe cabine, 9 775 francs ; en classe touriste, 7 400 francs.

ITINÉRAIRE N° 2. — Départ du Havre le 26 août sur SS *Normandie.* Retour au Havre le 20 septembre sur SS *Ascania* (durée : 25 jours). Visite de New-York, Chutes du Niagara, Montréal et Québec. — Prix : en classe cabine, 10 175 francs ; en classe touriste, 7 790 francs.

ITINÉRAIRE N° 3. — Départ du Havre le 29 juillet sur SS *Normandie.* Retour au Havre le 14 septembre sur SS *Queen Mary* (durée : 47 jours). Visite du Nouveau Mexique, Pointe sur le Mexique, Californie, le Grand Canyon de l'Arizona, la Vallée du Yosemite, les Montagnes Rocheuses et la province de Québec. Prix : en classe cabine, 18 900 francs ; en classe touriste, 15 000 francs.

Variante avec retour sur SS *Empress of Australia*, retour à Paris le 18 septembre. Prix : en classe cabine, 16 875 francs ; en classe touriste, 14 110 francs.

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

2 AOUT. — *Vienne.* Congrès dentaire international.

3 AOUT. — *Orléans.* Ouverture d'un concours pour la nomination de quatre internes titulaires à l'hôpital d'Orléans.

6 AOUT. — *Honolulu.* Congrès de l'Association panpacifique de chirurgie.

17 AOUT. — *Berlin.* Congrès international d'oto-rhino-laryngologie.

17 AOUT. — *Berlin.* Congrès international d'oto-rhino-laryngologie.

24 AOUT. — *Glasgow.* Congrès des médecins homéopathes.

CHRONIQUE DES LIVRES

Poumon et ammoniaque sanguine, par D. Bargeton. 1 vol in-8 (*J.-B. Baillière et fils, édit., Paris*).

M. Bargeton a étudié dans le laboratoire du professeur Léon Binet le rôle du poumon dans la formation de l'ammoniaque. Il s'agit là d'une question d'actualité, et l'auteur, trouva dans le laboratoire où il travaillait toutes les facilités pour conduire à bien ses recherches. Il se heurta du reste à des difficultés de technique qu'il a étudiées avec soin. Elève de Polonowski et d'Aubel, ses recherches acquièrent de ce fait une particulière importance. Après avoir décrit la technique qu'il a employée et soigneusement étudiée, M. Bargeton, dans la partie clinique de son livre, montre l'existence d'une hyperammoniémie dans les états s'accompagnant de cyanose. Cette hyperammoniémie est indépendante de la cause de la cyanose, elle varie avec le degré de celle-ci. Dans la seconde partie de son livre, réservée à l'expérimentation, l'auteur retrouve cette hyperammoniémie asphyxique chez le vairon, l'anguille et le chien. Elle est indépendante ici encore des agents provoquant les phénomènes asphyxiques et paraît liée à l'anoxémie. Il met d'autre part en évidence l'existence d'une ammoniogenèse pulmonaire s'exerçant aux dépens des polypeptides, des dipeptides (glycylglycine) et des acides aminés (alanine, glycocolle). Il établit que l'ammoniogenèse pulmonaire est le témoin de la désamination de l'alanine par le poumon.

M. D. Bargeton cherche à établir le rapport entre l'hyperammoniémie par anoxémie et l'ammoniogénèse pulmonaire. Il constate que si le défaut d'oxygène élève l'ammoniaque sanguin, le poumon forme de l'ammoniaque sans que la teneur en oxygène du mélange gazeux inhalé exerce une influence. Il conclut très sagement et très prudemment que ses recherches, basées sur son hypothèse de travail : rôle du poumon dans l'hyperammoniémie asphyxique, lui ont permis de reconnaître le rôle joué par le poumon dans le métabolisme de l'ammoniaque, mais ne l'autorisant pas cependant à établir un lien entre l'hyperammoniémie asphyxique et l'ammoniogenèse pulmonaire.

Ce travail, très minutieusement conçu, très clairement exposé, révèle de la part de son auteur des qualités de technicien et d'expérimentateur tout à fait remarquables.

On a trop souvent reproché, non sans raisons, à la jeune génération d'internes de s'éloigner du laboratoire et de se contenter de recherches faciles basées sur des techniques douteuses. C'est un reproche qu'on ne peut pas adresser à ce travail. Nous ne pouvons que féliciter M. Bargeton de n'avoir pas craint de s'attaquer à un sujet quelque peu aride et d'avoir su exposer très franchement les résultats obtenus sans en vouloir tirer des déductions trop faciles et quelque peu aventureuses.

C'est une œuvre qui fait le plus grand honneur au laboratoire de physiologie de la Faculté.

F. Rathery.

Le rein des diabétiques, par S. Bachman. 1 vol. in-8 (*J.-B. Baillière et fils, édit., Paris*).

M. Bachman vient de faire paraître un ouvrage fort important et fort documenté sur le rein des diabétiques. Car M. Bachman a compulsé plus de 500 observations cliniques originales de diabétiques et examiné au point de vue anatomo-pathologique 30 protocoles d'autopsie. C'est dire qu'il s'agit là non d'une simple revue générale, mais surtout d'une œuvre véritablement personnelle.

On peut dire que la question du rein diabétique a été étudiée par l'auteur sous toutes ses faces : anatomo-pathologique, expérimentale, clinique, physio-pathologique et thérapeutique.

Au point de vue anatomo-pathologique, l'auteur montre que la lésion de coagulation d'Estein n'est très probablement qu'un artefact. Il n'en est pas de même de la dégénérescence tubulaire décrite par Armanni ; mais contrairement à cet auteur, Bachman la retrouve surtout dans les tubes contournés et non dans les tubes droits ; il s'agit d'un aspect vacuolaire disposé par îlots et non d'une dégénérescence hyaline comme le voulait Armanni. Sur des pièces expérimentales, il a pu caractériser dans beaucoup de ces vacuoles du glycogène en fixant les pièces au dioxan et en colorant par le carmin de Best et la gomme iodée. Au point de vue clinique, l'auteur aborde l'étude chez les diabétiques de l'albuminurie, de l'hématurie et de l'azotémie, et il distingue nettement les néphropathies simples et les néphrites.

Il fait une étude très complète du rôle du rein dans le coma diabétique et il montre la signification différente suivant les cas de l'azotémie. Nous ne pouvons le suivre ici en détail, mais le lecteur trouvera dans ce chapitre concernant les manifestations rénales chez les comateux diabétiques des aperçus nouveaux du plus haut intérêt.

L'auteur termine son travail par l'étude de l'action de l'insuline sur le rein et par des déductions de physiologie pathologique concernant le rôle du fonctionnement rénal dans le diabète en général et le diabète rénal en particulier.

Ce livre, très clair, facile à lire, constitue certainement un des meilleurs ouvrages et des plus complets qui ait été écrit concernant le rein des diabétiques.

F. Rathery.

CHRONIQUE DES LIVRES *(Suite)*

Les hépato-néphrites aiguës. Étude clinique, anatomique et expérimentale, par JEAN VAGUE (*Masson édit, Paris*).

L'auteur fait paraître un très volumineux ouvrage de plus de 600 pages sur la question des hépato-néphrites. L'ouvrage comprend quatre parties principales : Étude clinique, étude expérimentale, étude anatomo-pathologique, pathogénie. Son chapitre d'étude clinique est le plus important ; il décrit les différents syndromes et les formes étiologiques. Peut-être peut-on lui reprocher d'avoir étendu à l'extrême le champ des hépato-néphrites, qui comprend à notre avis un groupe beaucoup plus restreint et plus endividualisé, mais il s'agit là d'une compréhension un peu différente du syndrome. Je lui reprocherai peut-être aussi au point de vue clinique de donner dans sa description une importance presque égale aux formes rares et à celles particulièrement fréquentes.

Il décrit dans les hépato-néphrites une forme hyperplasique d'une forme dégénérative et nécrotique et il en infère que l'azotémie peut dépendre d'un hyperfonctionnement hépatique. Le fait me paraît difficile à admettre. Son foie de l'hyperplasique est loin d'être pour moi l'œuvre de l'hyperfonctionnement ; je ne vois étudiées nulle part les modifications des fonctions hépatiques, les lésions de globulyse et d'homogénéisation ; or si ces lésions, surtout les premières, sont difficiles à étudier sur les pièces d'autopsie à cause de la cadavérisation, il est aisé de le faire sur les pièces expérimentales dont il aurait pu nous donner des reproductions histologiques. Je lui ferais la même critique pour les altérations rénales : les microphotographies représentées sont loin d'être toutes convaincantes.

L'auteur ne verra dans ces critiques que l'intérêt que j'ai pu prendre à la lecture de son travail. C'est une œuvre consciencieuse, qui révèle un gros effort et qui sera lue par les chercheurs et les médecins avec le plus grand profit. Il fait le plus grand honneur à la jeune Faculté de Marseille et aux maîtres dans les laboratoires desquels M. J. Vague a travaillé.

Défense passive organisée (personnel et matériel), par le commandant GIBRIN, officier Z., L. HECKLY, ingénieur E. T. P. Préfaces de M. le général NIESSEL, ancien membre du Conseil supérieur de la guerre et de M. le médecin général inspecteur SIEUR, membre de l'Académie de médecine. XXVIII-297 pages 13 × 21, avec 215 figures, 1936. Broché : 15 francs. Prix franco, France et colonies : 16 fr 05 ; étranger : tarif postal réduit, 18 fr. 50. Tarif normal, 20 francs (*Dunod, éditeur, Paris-VIe*).

Pénétrés de la nécessité de donner à nos lecteurs des précisions sur le péril aéro-chimique et surtout sur les moyens de s'en protéger, nous croyons devoir appeler spécialement leur attention sur cet ouvrage, tout à fait à jour et d'une remarquable clarté.

Il n'existait pas, jusqu'à présent, de traité étudiant la défense passive dans son ensemble avec un plan précis prévoyant ce que chacun doit faire au cours d'un bombardement, et cela est si vrai que si les habitants des grandes villes avaient eu à subir une attaque aérienne au lendemain du 7 mars dernier, bien peu de gens auraient adopté les mesures de sécurité qui s'imposent. Devaient-ils fuir sous les bombes, se réfugier à la cave, au grenier ?...

Deux spécialistes particulièrement qualifiés : le commandant Gibrin, officier Z, auteur bien connu de *l'Anti-Gaz* (ouvrage approuvé par une circulaire ministérielle), et M. Heckly, ingénieur E. T. P., ont comblé cette lacune en publiant un manuel dans lequel sont étudiées, jusque dans leurs moindres détails, les mesures complètes de protection contre les bombardements et de sauvetage en cas de sinistre.

Les auteurs se sont attachés à résoudre, par des moyens *pratiques* et *économiques*, le problème de la défense passive de la population parisienne et son évacuation en quelques heures, en se plaçant dans les conditions les plus favorables : le cas d'une attaque brusquée Ils ont bénéficié du concours d'une haute personnalité médicale jouissant d'une autorité incontestée dans la question Z : M. le professeur Hederer, médecin en chef de la Marine, qui a résumé en quelques pages à la portée de tous et illustrées de nombreux schémas les premiers soins à donner aux gazés.

Grâce à cette documentation pratique, bien au courant des progrès réalisés tant en France qu'à l'étranger, chacun sera à même de pourvoir à sa sauvegarde et à celle des siens. Aussi, ne saurions-nous trop insister sur le fait que, désormais, le bombardement aéro-chimique ne doit plus être considéré comme un « fléau » rappelant les terribles épidémies d'autrefois devant lesquelles les populations décimées restaient impuissantes, car il sera possible à chacun de s'en protéger à peu de frais.

Nomenclature des publications en langue française du monde entier, *7e édition* (*Argus de la Presse*).

C'est un volume très documenté, genre de travail unique, classé méthodiquement, contenant plus de 15 000 noms de périodiques différents en langue française, dont chacun d'eux possédera un exemplaire.

La chimie du carbone, par le Dr DUPOND (de Troyes). Une plaquette de 20 pages (*Chez l'auteur, 27, rue Leboucq, à Troyes*, 1935).

Une étude chimique très détaillée du carbone sert ici d'introduction à l'étude des propriétés biologiques de ce corps dont de récentes études ont montré l'action très spéciale dans les infections.

REVUE DES CONGRÈS

XVe RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE

Paris, 26-27 mai 1936.

(Suite).

Communications.

Sinus carotidien et épilepsie. Intervention probable de la vaso-motricité cérébrale dans le mécanisme des crises épileptiques. — MM. G. Marinesco, N. Jonesco Sisesti et A. Kreindler (Bucarest) ont expérimenté sur un chat auquel ils ont enlevé toute l'écorce cérébrale et qui a survécu onze mois à cette intervention. L'excitation des sinus carotidiens ne provoquait pas d'accès épileptiques chez cet animal. Par contre, l'excitation du pneumogastrique à un certain rythme et après énervation des sinus carotidiens déclenchait des clonies dans les membres. Les auteurs concluent que le sinus carodidien intervient dans le mécanisme physio-pathologique de la crise convulsive par une modification de la vaso-motricité cérébrale : les réflexes vaso-moteurs déclenchés par l'excitation du vague ne sont plus corrigés par les sinus carotidiens énervés.

La pathologie de la circulation cérébrale.

MM. Th. Alajouanine et R. Thurel, rapporteurs.

1° **Rappel anatomique.** — Les travaux de Charles Foix ont permis, par l'étude anatomo-clinique des ramollissements partiels, de préciser, non seulement la topographie et l'étendue des différents territoires artériels, mais encore les fonctions dévolues à chacun d'eux.

Les artères cérébrales ne sont pas terminales, mais reliées par de nombreuses anastomoses. Si elles se comportent en pathologie comme des artères terminales, cela tient à ce que la circulation anastomotique est fonctionnellement supprimée.

Dans les ramollissements corticaux, on observe l'intégrité des couches superficielles du cortex gris ; ces couches jouissent vraisemblablement d'une autonomie circulatoire, leurs artérioles provenant du fin réseau souspiemérien qui, quoique alimenté par les diverses artères cérébrales, ne souffre pas du déficit de l'une d'entre elles. Ce réseau peut néanmoins être le siège de troubles vasomoteurs et possède une pathologie spéciale.

2° **Symptômes des lésions cérébrales d'origine vasculaire.** — Ils sont le plus souvent caractéristiques. C'est en particulier le cas des *lésions en foyer* dont le diagnostic est aisé du fait du groupement symptomatique et surtout des caractères évolutifs : début brusque et souvent brutal, apoplectique; lésions d'emblée au maximum et, dans les cas non mortels, tendance à la régression. Par contre, il est parfois difficile de préciser s'il s'agit d'un ramollissement ou d'une hémorragie cérébrale : l'apoplexie cérébrale, prise au sens clinique du mot (suppression brusque des fonctions cérébrales) ne saurait constituer un élément de diagnostic différentiel, car elle n'est pas la conséquence, mais la cause de l'hémorragie cérébrale et elle peut s'observer au début de certains ramollissements ; la présence de sang dans le liquide céphalo-rachidien ne laisse aucun doute, mais elle peut fort bien faire défaut dans l'hémorragie cérébrale.

L'*hémorragie cérébrale par rupture vasculaire primitive* est rare, comparativement à l'hémorragie post-apoplectique ; elle se comporte comme une néoformation et mérite le nom d'hématome cérébral ; elle se traduit tout d'abord par un syndrome focal auquel se surajoutent bientôt des signes d'hypertension intracranienne et n'aboutit au coma que secondairement.

L'*œdème aigu cérébro-méningé* a une symptomatologie très spéciale : début par céphalée violente, installation progressive du coma, survenue de crises convulsives généralisées et, lorsque l'évolution est favorable, retour à la normale en trois à quatre jours, sans séquelles le plus souvent. Les données fournies par la ponction lombaire sont d'un grand secours : la tension du liquide est augmentée, et l'aiguille du manomètre présente des oscillations qui témoignent d'une hyperpulsatilité des artères cérébrales ; l'examen du liquide décèle une dissociation albumino-cytologique. A l'origine de l'œdème aigu cérébro-méningé, on trouve une poussée hypertensive qui se maintient pendant toute la durée des accidents.

L'*artériosclérose cérébrale diffuse* risque d'être longtemps méconnue, étant donné le peu d'importance ou la banalité de ses manifestations initiales ; l'évolution progressive, l'apparition de crises d'épilepsie, en imposent au premier abord pour une tumeur cérébrale, d'autant plus qu'il existe parfois des signes d'hypertension intracranienne. Chez les malades qui ont eu des ictus cérébraux, l'examen systématique met souvent en évidence des signes de cérébrosclérose diffuse; cette découverte aggrave considérablement le pronostic : alors que les lésions de ce foyer ont une évolution régressive, la cérébrosclérose diffuse est irrémédiablement progressive et aboutit plus ou moins rapidement à la paralysie pseudo-bulbaire.

3° **Mécanisme physio-pathologique.** — Le mécanisme de ces troubles est fort complexe. L'obstacle mécanique créé par la lésion vasculaire n'intervient que pour une faible part, et les facteurs fonctionnels sont prédominants, qu'il s'agisse de troubles vaso-moteurs cérébraux ou de perturbations de la circulation générale.

L'apoplexie ne peut s'expliquer que par un déficit circulatoire portant sur l'ensemble de la circulation cérébrale. Les rapporteurs incriminent la stase sanguine qu'ils attribuent à la vaso-dilatation paralytique du système capillaro-veineux qui augmente considérablement la capacité de ce système et empêche la circulation de retour de s'effectuer normalement. La vaso-dilatation paralytique avec stase prédomine et est plus durable dans le territoire de l'artère lésée ; souvent même, elle est d'emblée limitée à ce territoire et dans ce cas le malade ne perd pas connaissance et présente seulement un syndrome de localisation.

Les hémorragies ne sont pour la plupart que des complications, d'ailleurs contingentes de l'apoplexie, tantôt précoces, massives, et rapidement mortelles, tantôt tardives et ne constituant qu'un épiphénomène.

Le ramollissement doit être attribué lui aussi pour une grande part à la stase par vaso-dilatation paralytique qui rend impossible le fonctionnement de la circulation anastomotique : le fléchissement de la tension artérielle aggrave le déficit circulatoire, un certain degré de tension

étant nécessaire au fonctionnement de la circulation anastomotique.

La claudication cérébrale est généralement attribuée à un spasme artériel ; en réalité, ce spasme reste hypothétique et une chute de la pression artérielle suffit à rendre compte du déficit circulatoire dans un territoire artériel moins perméable que les autres du fait de lésions vasculaires pré-existantes.

L'œdème aigu cérébro-méningé, à l'opposé de l'apoplexie cérébrale, semble conditionné par une poussée hypertensive avec hypérémie cérébrale directement responsable de l'exsudation séreuse dans le parenchyme cérébral.

Cette étude physiologique a pour corollaire d'importantes déductions thérapeutiques.

4° **Désordres dynamiques de la circulation cérébrale.** — De tels désordres semblent responsables de l'épilepsie et de la plupart des céphalées, la migraine en particulier.

Le trouble circulatoire est évident dans l'épilepsie syncopale telle qu'elle s'observe dans le syndrome de Stokes-Adams. Il y a tout lieu de penser que l'épilepsie non syncopale relève d'un mécanisme identique : mais ici l'arrêt de la circulation est le fait de brusques perturbations vasomotrices de la circulation cérébrale et il semble que l'on doive incriminer, non pas une ischémie par vaso-constriction, mais une stase par vaso-dilatation paralytique. L'épilepsie de l'œdème aigu cérébro-méningé se produit lorsque l'œdème est à son maximum, infiltre le parenchyme nerveux et ne va pas sans gêner la circulation cérébrale.

Le mécanisme de la migraine est complexe : une onde vaso-constrictive, localisée au réseau vasculaire cortical superficiel et plus ou moins étendue en surface, rend compte des manifestations prémonitoires de la migraine : une vasodilatation active de la circulation cortico-méningée avec hyperémie et hyperpulsatilité est responsable de la migraine proprement dite.

5° **Rapports avec les autres processus morbides.** — La plupart des processus morbides agissent par l'intermédiaire des troubles circulatoires qu'ils déterminent.

La commotion cérébrale traumatique ne diffère en rien de l'apoplexie cérébrale et le syndrome subjectif tardif post-commotionnel doit être attribué à des perturbations vaso-motrices de la circulation cérébrale.

Une tumeur cérébrale peut s'extérioriser brusquement à la manière des lésions vasculaires en foyer, qu'elle soit le siège d'une hémorragie ou qu'elle retentisse sur un vaisseau voisin, entraînant la mort physiologique ou anatomique du territoire correspondant ; plus fréquemment encore, des troubles vaso-moteurs cérébraux marquent le début des tumeurs cérébrales.

Le processus infectieux joue un rôle important dans la production des lésions vasculaires, et les troubles vaso-moteurs cérébraux ont souvent comme point de départ des séquelles cicatricielles post-infectieuses.

Les accidents cérébraux de l'intoxication oxycarbonée relèvent en réalité de troubles circulatoires provoqués par l'asphyxie.

Les accidents cérébraux d'origine médicamenteuse sont pour la plupart le fait d'une intolérance de l'organisme se manifestant, soit par des troubles vaso-moteurs cérébraux, soit pa. des perturbations de la circulation générale susceptibles de retentir à leur tour sur la circulation cérébrale ; il en est ainsi des accidents anaphylactiques et de l'apoplexie séreuse qui n'est autre qu'un œdème aigu cérébro-méningé.

L'encéphalopathie saturnine, l'éclampsie des néphrites, l'éclampsie puerpérale, ont pour substratum un œdème aigu cérébro-méningé dans la prodyction duquel l'hypertension artérielle et les perturbations de la circulation cérébrale jouent un rôle beaucoup plus important que l'intoxication urémique ou gravidique.

On oppose à l'artériosclérose cérébrale avec production de lacunes périvasculaires disséminées, les atrophies corticales qui se produisent en l'absence de lésions vasculaires ; des troubles vaso-moteurs localisés au réseau vasculaire cortical superficiel et plus ou moins étendus en surface, sont susceptibles d'entraîner à la longue des troubles de la nutrition cellulaire et peuvent rendre compte des atrophies corticales.

6° **Étude comparative des autres circulations locales.** — Elles obéissent aux mêmes lois physiologiques et physio-pathologiques que la circulation cérébrale. La circulation rétinienne mérite la première place, du fait de la facilité de son exploration. Mais l'état des vaisseaux rétiniens ne saurait être considéré comme le reflet de l'état des vaisseaux cérébraux, car les circulations sont indépendantes, quant à leur pathologie tout au moins.

Radio-diagnostic de la circulation cérébrale (angiographie cérébrale).

M. Egas Moniz (Lisbonne), rapporteur.

1° **Technique de l'angiographie cérébrale.** — *a.* **Temps chirurgical.** — Il consiste en une mise à nu de la carotide primitive entre les deux faisceaux d'insertion du sterno-cléido-mastoïdien au voisinage de la clavicule ; l'artère est ponctionnée avec une aiguille coudée et on procède à l'injection de 16 centimètres cubes de thorostrat.

b. **Temps radiologique.** — Il consiste en la prise de trois films instantanés, le premier après injection de 10 centimètres cubes, le deuxième au bout de deux secondes lorsque l'injection est complète, le troisième deux secondes et demie plus tard. Le premier film est une artériographie, le second une phlébographie de la première phase qui met en évidence le réseau veineux superficiel du cerveau ; le troisième, ou phlébographie de la deuxième phase, montre le sinus de la dure-mère et les veines profondes du cerveau ; une technique spéciale permet l'artériographie de la fosse postérieure ou de la carotide externe.

2° **Aspects pathologiques.** — *a.* **Thrombus de la carotide interne.** — L'auteur en a observé un cas consécutif à une plaie par balle de date ancienne : on constate une interruption complète de la carotide interne du côté thrombosé et une irrigation des deux hémisphères par la carotide du côté sain. Il rapporte quatre autres observations assez comparables.

b. **Thrombus des artères cérébrales.** — Ils s'observent en cas d'artériosclérose cérébrale : l'angiographie est, chez ces malades, sans danger.

A TOUTE APPLICATION DE L'ANTISEPSIE LOCALE CORRESPOND UNE FORME DE LA

CLONAZONE DAUFRESNE



REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

c. **Troubles des circulations cérébrales par compression.** — Les anomalies les plus remarquables sont produites par les tumeurs situées au voisinage du siphon carotidien qui peut être déplacé.

3° **Localisation des tumeurs cérébrales.** — *a*. **Tumeurs frontales.** — On croit observer trois aspects :

Abaissement et déformation du siphon carotidien et parfois du groupe sylvien qui sont projetés en arrière, en cas de tumeur de la portion antérieure et plutôt externe du lobe frontal ;

Abaissement léger du siphon carotidien dans sa portion terminale et projection en bas du groupe sylvien qui forme une courbe à concavité supérieure en cas de tumeur de la partie postérieure du lobe frontal ;

Élévation et déplacement en arrière des cérébrales antérieures et des péricalleuses en cas de tumeur frontale placée sur la ligne médiane.

b. **Tumeurs pariétales.** — Elles provoquent un abaissement du groupe sylvien et surtout de l'artère temporale postérieure ; les artères sont souvent dissociées au lieu d'être déplacées en bloc comme en cas de tumeur frontale.

En cas de tumeur frontale ou pariétale interhémisphérique, l'abaissement du groupe sylvien est minime, mais l'artère péricalleuse est notablement déplacée vers le bas.

c. **Tumeurs temporales et du lobe occipital.** — Leur aspect est variable. En cas de tumeur de la partie antérieure du lobe temporal, siphon carotidien et groupe sylvien sont déplacés vers le haut. En cas de tumeur de la partie moyenne, le siphon carotidien est moins déplacé, mais le groupe sylvien est attiré en masse vers le haut. En cas de tumeur postérieure, la forme du siphon carotidien est conservée et la partie postérieure du groupe sylvien monte vers le haut. En cas de tumeurs profondes, les artères du groupe sylvien sont dissociées.

d. **Tumeurs de la fosse postérieure.** — La dilatation ventriculaire est vérifiée par une élévation en diagonale du groupe sylvien accompagné par la péricalleuse et la calleuse marginale. En cas de tumeur de l'angle ponto-cérébelleux, cet aspect en diagonale dans le tiers antérieur est suivi d'un plateau horizontal.

4° **Tumeurs avec circulations spéciales.** — Les *méningiomes* peuvent être irrigués par des artères néoformées dérivées de la carotide interne, des artères méningées ou de la temporale superficielle. Dans ces cas, la phlébographie est précieuse : la circulation est en effet beaucoup plus lente dans la tumeur qu'au niveau du tissu cérébral, et le thorostrat y séjourne longtemps.

Les *glioblastomes* multiformes ont aussi une circulation artérielle visible dans les artériographies. On constate en pareil cas de petites artères parallèles se dirigeant vers la tumeur.

Les *astrocytomes* et les gliomes très vascularisés peuvent aussi être visibles sous forme de lacs et de dilatations vasculaires ayant l'aspect d'un peloton. Les *kystes*, les *abcès* se manifestent par l'absence de circulation.

En cas de *cysticercose*, on observe des aspects très spéciaux : extravasations et dilatations artérielles disséminées.

L'étude phlébographique de la deuxième phase peut fournir des renseignements intéressants : abaissement de l'ampoule et de la veine de Galien en cas de dilatation ventriculaire, ou de tumeurs de la fente interhémisphérique, élévation de la veine basilaire en cas de tumeur profonde de l'étage moyen ou de la veine de Galien en cas de tumeur intraventriculaire.

5° **Angiomes et anévrysmes cérébraux.** — Leur diagnostic est remarquablement facilité par l'angiographie.

a. **Angiomes.** — Rares, ce sont de véritables tumeurs des vaisseaux. L'artériographie en décèle trois types : artériel, veineux, et artério-veineux. Les angiomes veineux sont particulièrement rares. Angiomes artériels et angiomes veineux se transformant facilement en angiomes artério-veineux. L'aspect de ces angiomes se rapproche à première vue de celui des méningiomes, mais dans les angiomes artériels ou artério-veineux, la circulation disparaît immédiatement dans les phlébographies du fait des larges communications qui relient artères et veines ; au contraire, dans les méningiomes, la tache de la circulation capillaire persiste longtemps.

b. **Anévrysmes.** — On les observe surtout au niveau du tronc carotidien sous forme de productions sacciformes ou de dilatations des troncs artériels. L'auteur en a observé un cas au niveau de l'artère du pli courbe.

Discussion.

M. Cl. Vincent considère l'artériographie comme inoffensive. Elle supplée la venriculographie lorsque les ventricules sont introuvables ou ininjectables. Les constatations opératoires montrent l'existence dans le bulbe d'un appareil qui vasodilate les artères cérébrales au point de les faire éclater en augmentant énormément la pression. De même existe dans la région du troisième ventricule un appareil qui règle l'exsudation et explique des œdèmes frontaux brutaux au cours d'interventions.

Communications.

Le rôle de l'œdème cérébral dans le syndrome pâleur-hyperthermie. — MM. Quénu, Alajouanine, Bascourret, Hornet et Boudin font l'étude anatomo-clinique d'un cas de syndrome « pâleur-hyperthermie » survenu chez un adolescent après exérèse d'un angiome du cuir chevelu, ayant entraîné la mort en sept heures. La lésion, d'ordre purement microscopique, est celle d'un œdème cérébral localisé électivement au bulbe, protubérance, pédoncule, noyaux gris centraux, et tuber cinereum. La dilatation considérable des vaisseaux de tout calibre et surtout celle des gaines périvasculaires qui sont imbibées de liquide fibrineux, celle des logettes péricellulaires expliquent les symptômes cliniques dont l'origine bulbaire et probablement tubérienne déjà suspectée trouve ainsi confirmation.

Hémiplégie et œdème cérébral. — M. de Nunsier, dans trois cas d'hémiplégie progressive par lésion vasculaire avec crises jacksoniennes, a constaté, à l'intervention, l'issue d'une quantité importante de liquide d'œdème. L'intervention a supprimé les crises et amélioré l'hémiplégie.

A propos des hémorragies sous-arachnoïdiennes. — H. Diego Furtado (Lisbonne) a étudié les hémorragies

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

sous-arachnoïdiennes groupées habituellement sous le nom de pachyméningite hémorragique à l'aide de l'artériographie. Il attribue ces lésions, non à une réaction de la méninge, mais à des anomalies des vaisseaux du cerveau, surtout à des anévrysmes.

Les migraines hémiplégiques. — MM. HENRI ROGER et JOSEPH ALLIEZ (Marseille) considèrent que parmi les spasmes sylviens, une place doit être réservée aux hémiplégies transitoires accompagnant certaines migraines. Après une étude de rares cas publiés, qui rentrent pour la plupart dans le cadre des migraines dites essentielles, les auteurs relatent deux faits personnels de migraines hémiplégiques lésionnelles, en rapport avec une syphilis nerveuse. L'un concerne une tabétique, faisant des hémiplégies de quelques heures de durée au cours de deux périodes d'allaitement, l'autre un jeune hérédo-syphilitique atteint d'abord de tabes, puis de tabo-paralysie générale.

Exposé des travaux du fonds Dejérine.

Anatomie microscopique de la moelle épinière sur coupes longitudinales. — M. LARUELLE (Bruxelles). — Les travaux sur l'anatomie microscopique de la moelle épinière, entrepris par le Dr Laruelle il y a plusieurs années, ont eu comme objectif de faire apparaître la structure de la moelle, non sur les coupes transversales classiques, mais sur des coupes pratiquées selon l'axe longitudinal de la moelle.

Cette étude a nécessité la mise au point d'une technique entièrement nouvelle, permettant de mener des coupes sériées sur des segments de moelle de 10 à 12 centimètres, dans un plan vertico-frontal ou dans un plan sagittal. La seconde particularité de la technique, mise au point dans les laboratoires du Centre neurologique de Bruxelles, consiste à employer l'imprégnation argentique sur coupes sériées, comme le permet la méthode très précise et très régulière de Reumont.

Le rapporteur, bornant son exposé à l'analyse de la substance grise de la moelle, groupe ces faits en deux catégories : ceux qui se rapportent à la cyto-architectonie de la partie de la moelle vouée aux fonctions de la vie de relation, motilité volontaire et sensibilité, et ceux qui se rapportent à la partie de la moelle qui commande les fonctions végétatives.

Les conclusions, en ce qui concerne la *moelle somatique*, sont les suivantes :

La technique des coupes longitudinales met objectivement en évidence l'existence de colonnes cellulaires plurisegmentaires, dont les plus constantes sont les colonnes antéro-interne, antéro-externe, centrale et postéro-externe dans les renflements ; dans la moelle dorsale, on retrouve les colonnes antéro-interne et externe et la colonne de Clarke. Le développement en hauteur de ces colonnes est établi d'une façon précise par l'examen des coupes ; d'autre part, leur situation dans la coupe transversale est également fixée.

Cette cyto-architectonie apparaît précocement, puisqu'elle existe déjà chez l'embryon de cinq mois.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Les particularités que présentent ces colonnes à différents niveaux expliquent les controverses qui, depuis quarante ans, se sont produites sur la topographie nucléaire de la moelle et la diversité des schémas proposés par les auteurs qui se sont attachés à cette étude.

Quant à la signification de cette architectonie, l'auteur réserve une opinion définitive, mais ses études l'inclinent vers la conception morphologique de la systématisation médullaire, celle-ci n'excluant d'ailleurs pas toute relation fonctionnelle.

Dans le sens de cette signification fonctionnelle plaident certains aspects structuraux révélés par les coupes longitudinales. Il existe, en effet, des arrangements cellulaires différents dans les colonnes répondant à deux types principaux : le type radiaire ou transversal, et le type longitudinal. Ce dernier se retrouve, en particulier, dans la colonne centrale des renflements. L'aspect de ces colonnes, notamment sur les coupes à l'argent de Reumont, est absolument caractéristique. Elles représentent une formation dans laquelle les corps cellulaires alignés sont reliés entre eux par leurs prolongements, qui forment un courant ininterrompu sur une grande longueur. Ce dispositif permet donc un travail simultané de différents segments de la moelle, non seulement par des cellules cordonnales, constituant les voies d'association classiquement connues, mais par une voie directe, vraisemblablement plus rapide : la substance grise de la moelle est donc conductrice comme certains faits cliniques pouvaient le faire prévoir.

Dans d'autres régions de la moelle, dans la partie des colonnes, par exemple, qui assure les mouvements du pied, on retrouve un dispositif mixte, radiaire et longitudinal, dont l'aspect structural paraît pouvoir conditionner les mouvements très individualisés et les mouvements associés de ce segment de membre.

La *moelle végétative*, beaucoup moins connue et dont l'importance fonctionnelle apparaît de plus en plus grande, a été particulièrement travaillée.

Le conférencier en définit la topographie. Il démontre le dispositif cellulaire et fibrillaire de la substance intermédiaire avoisinant le canal central des noyaux sympathiques supérieur et inférieur de la chaîne de la corne latérale et de la moelle sacrée.

Les micro-projections démontrent admirablement la structure du centre fonctionnel commandant les appareils musculo-lisses et glandulaires des viscères, celle notamment du centre cilio-spinal de Budge pour les mouvements de l'iris, des centres thoracique-cardiaque, des centres des splanchniques et des centres qui, dans la moelle sacrée, assurent particulièrement les fonctions ano-génito-urinaires.

Les aspects révélés ainsi par la technique des coupes longitudinales sont hautement suggestifs des actions nerveuses qui règlent les activités viscérales, les coordonnent ou les individualisent.

Les micro-projections qui accompagnaient la conférence, de même que l'atlas de cyto-architectonie médullaire, réalisés par le Dr Laruelle avec la collaboration de

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Mlle Renmont, ont servi à objectiver avec une grande évidence cette étude, qui élargit notre connaissance anatomique de la moelle et facilite la compréhension de son rôle.

Les chiens sans moelle du professeur Hermann. Documents anatomo-cliniques. — M. JEAN DECHAUME (de Lyon). — Ce travail est l'exposé des documents recueillis par l'équipe groupée sous la direction du professeur Hermann pour travailler aux études de physiologie neurologique expérimentale et commentés par celui qui, dans l'équipe, est plié à la double discipline anatomo-clinique et neurologique.

A l'autopsie des chiens qui avaient subi une ablation étendue de la moelle, le névraxe restant était examiné dans le laboratoire du professeur M. Favre. L'étendue exacte de la destruction médullaire était ainsi précisée.

Chez cinq chiens où la survie a atteint plusieurs mois — l'un d'eux fut sacrifié au 418e jour — la destruction atteignait toute la moelle dorso-lombo-sacrée; chez l'un d'entre eux les altérations médullaires atteignaient même le segment C^7.

L'étude histologique des éléments persistant après plusieurs mois dans le tube dural a montré notamment, à côté des phénomènes de dégénérescence et de régénération nerveuses, de sclérose conjonctivo-vasculaire, l'intensité des processus de reconstruction aux dépens des éléments épendymaires et méningoblastiques. Il a été possible de constater l'identité histologique entre certaines de ces réédifications consécutives à l'inflammation chronique et à la sclérose post-traumatique et certaines tumeurs bénignes du névraxe, les méningiomes.

L'examen clinique de ces chiens a permis d'étudier les troubles de la motilité et de la sensibilité. Les conditions d'apparition des mouvements d'automatisme médullaire ont été précisées quand il persistait un petit tronçon de la moelle sacrée. L'observation du comportement des sphincters a montré la persistance indéfinie de la rétention d'urines et de l'incontinence des matières. L'étude de la production du syndrome de Cl. Bernard-Horner a fait voir la nécessité d'une atteinte des segments C^8D^1.

Dans l'étude des grandes fonctions, l'auteur apporte les documents qui permettent de discuter la lipurie de ces animaux dont les reins présentent des îlots de dégénérescence graisseuse des cellules des tubes urinifères. De même, il montre l'apparence histologique normale de la médullo-surrénale qui, malgré son énervation centrale, contient encore de l'adrénaline chez ces animaux qui ont d'ailleurs récupéré une tension artérielle normale.

Dans l'étude des troubles trophiques — notamment d'une kératite neuro-paralytique chez un animal qui présentait un syndrome de C. Bernard-Horner, — les documents histopathologiques en l'absence de toute lésion du ganglion de Gasser permettent de discuter l'origine sympathique de ces troubles trophiques.

Enfin, chez un animal ayant survécu cent deux jours après une double section des vagues au diaphragme et une destruction médullaire remontant jusqu'à C^7, l'auteur a montré l'énorme distension de la vésicule biliaire et de l'estomac, qui présentait d'ailleurs un ulcère, et l'atrophie macroscopique du pancréas.

La confrontation de ces documents anatomo-cliniques et physiologiques permet d'affirmer la possibilité pour un mammifère de vivre avec un système nerveux végétatif complètement isolé des centres cérébro-spinaux et en fonctionnement autonome, et d'avoir ainsi un moyen d'étudier les régulations nerveuses périphériques.

Communications.

Lésions des toiles choroïdiennes et méningite mésocéphalique chez certains hébéphréniques. — MM. DIDE et HAMON. — Les lésions décrites par l'école de Mourgue chez certains déments précoces sont retrouvées par les auteurs, mais ils les rattachent à des méningites de la région mésocéphalique souvent méconnues dans l'hébéphrénie. Des lésions analogues ont été retrouvées sans syndrome hébéphrénique chez des paralytiques généraux notamment.

Les syndromes anatomo-cliniques du mésocéphale furent trouvés constants chez les malades dont il est question dans la note sur les lésions médullaires.

Anomalies de l'axe gris de la moelle chez certains hébéphréniques. — M. MAURICE DIDE. — Les lésions médullaires chez les hébéphréniques sont de trois ordres. Les plus rares, purement descendantes, relèvent de lésions cérébrales (lipodystrophie, leuco-sclérose en foyer), d'autres, sur lesquelles l'auteur a déjà insisté, appartiennent au type pellagroïde et s'accompagnent d'un syndrome d'insuffisance végétative ; elles relèvent sans doute d'une avitaminose B^2.

Celles dont Dide entretient la société offrent une tout autre origine. Elles s'accompagnent de méningite méso-céphalo-médullaire.

La démyélinisation périphérique se rapproche de celle des scléroses séniles. De grosses modifications architecturales de l'axe gris y sont constantes, particulièrement au niveau de la colonne végétative latérale.

Exposés des travaux du fonds Babinski.

Les syndromes déficitaires.

Par le professeur J.-A. BARRÉ (de Strasbourg).

L'auteur après avoir évoqué la mémoire de son maître, Babinski, expose les circonstances au cours desquelles il fut mis, en 1917, en présence du premier phénomène purement déficitaire, existant en dehors de toute manifestation pyramidale d'ordre irritatif. Il décrit ainsi la *manœuvre de la jambe* dans ses trois temps et en montre plusieurs exemples sur des films. Il établit par de bons exemples que cette manœuvre, qui se rapproche de celle du quadriceps de Mingazzini, de celle du psoas qu'il a lui-même décrite, de la flexion combinée de la cuisse et du tronc de Babinski, a une sensibilité et une fidélité très supérieures, et que seule elle est strictement pyramidale. A la manœuvre de la jampe de type central, il oppose « la *manœuvre de la jambe périphérique* » qui se distingue trait pour trait de la manœuvre de la jambe centrale ; en passant il insiste sur une considération de physiologie générale : les deux manœuvres mettent en évidence un mode d'activité très différent du neurone central et du neurone périphérique dans la fonction globale de la motilité volontaire.

Le *syndrome pyramidal déficitaire pur* est constitué essentiellement :

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

1° Par une insuffisance de la motilité volontaire mise en évidence par différentes manœuvres, au membre inférieur, au bras et également à la face, où l'on observe à l'orbiculaire palpébral une perturbation du même esprit que celle des membres ;

2° De diminution ou d'abolition des mouvements automatiques ;

3° D'hypotonie musculaire ;

4° Les réflexes tendineux gardent leurs caractères normaux ou sont diminués ; les réflexes cutanés sont le plus souvent conservés et quelquefois même augmentés ; le signe de Babinski est absent.

Quand le syndrome déficitaire pur est isolé, on peut prendre le malade qui se plaint pour un simulateur ou un hystérique, parce qu'il ne présente aucun des signes pyramidaux objectifs irritatifs, presque exclusivement considérés jusqu'à maintenant.

Le syndrome déficitaire pur reconnait pour cause, soit la compression simple du cortex, soit l'ischémie survenant de préférence chez un hypotendu avec troubles du sympathique vasculaire, soit différentes intoxications (par le gaz d'éclairage, par exemple).

Le syndrome déficitaire peut marquer le début très discret d'accidents qui peuvent évoluer vers le ramollissement, s'ils ne sont reconnus à temps et traités comme il convient. Le traitement de ce syndrome consiste, comme l'auteur l'a indiqué dès 1920, à éviter l'emploi de la glace, des purgatifs, des émissions sanguines et à user au contraire de toni-cardiaques et de l'électrisation, ce qui est, comme on le sait, contre-indiqué dans les syndromes irritatifs.

Après avoir étudié dans son ensemble le syndrome déficitaire *pur*, *isolé*, l'auteur envisage ce syndrome à l'état d'*association* :

1° Avec le syndrome pyramidal irritatif ;

2° Avec les troubles moteurs du neurone périphérique (polynévrite, poliomyélite) ;

3° Avec le syndrome extrapyramidal ;

4° Avec le syndrome vestibulo-spinal ou deïtéro-spinal ;

5° Avec le syndrome cérébelleux ;

6° Avec les troubles de la sensibilité profonde.

L'ensemble de ces recherches, commencées en 1917, conduit à une conception assez nouvelle du syndrome pyramidal, qui doit être pour l'auteur dissocié en deux syndromes élémentaires : le *syndrome irritatif*, dont le signe de Babinski est le signe le plus fidèle, et le *syndrome déficitaire*, dont la manœuvre de la jambe est l'expression la plus commune et la plus fine.

En plus des divers intérêts pratiques que comporte la connaissance du syndrome déficitaire, l'auteur souligne la valeur de la notion de physiologie générale qu'il apporte.

L'auteur conclut en disant : « Ces travaux ne sont qu'une des expressions du développement normal de la méthode de séméiologie clinique de Babinski », et il rappelle avec émotion que son maître leur fit le meilleur accueil lorsqu'il les lui démontra en 1918.

Discussion et Communications.

M. Froment souligne les différences qui séparent la vraie trépidation épileptoïde de la fausse. Une marche de mille pas peut être nécessaire pour la déclencher et sa durée peut être d'une demi-heure. Le métabolisme basal n'est augmenté que dans la fausse trépidation épileptoïde.

M. Ayala (Rome) rappelle les travaux de Mingazzini sur le déficit moteur.

M. Delmas-Marsalet souligne l'opposition entre les phénomènes irritatifs et les phénomènes de déficit ; il est difficile d'admettre qu'ils soient dus aux mêmes cellules. Le système pyramidal semble correspondre à une zone étendue, apparemment la frontale ascendante et la zone préfrontale ; le signe de Barré semble un symptôme d'activité statique.

Sur la combinaison de la paralysie musculaire flasque avec exagération des réflexes tendineux. — M. Niessl von Mayendorf (Leipzig) soutient la thèse d'une hypotonie d'origine cérébrale et d'une hyperréflexie d'origine spinale et illustre cette thèse par la projection de clichés relatifs à 5 cas étudiés histologiquement et présentent une combinaison de lésions cérébrales et spinales avec intégrité du cervelet.

Syndrome adiposo-génital, par MM. David et Puech. — Les auteurs rapportent plusieurs cas de syndrome adiposo-génital observés dans le service de Cl. Vincent. Ils en font une étude clinique, radiologique et chirurgicale. Ils insistent tout particulièrement sur les cranio-pharyngiomes.

M. Laruelle souligne l'existence chez les malades de M. David, d'un stigmate fréquent observé dans les syndromes adiposo-génitaux de l'enfant : l'augmentation de la distance entre l'angle interne des deux yeux. Il s'agit là d'un stigmate morphologique d'origine embryonnaire.

M. Crouzon rappelle que ce symptôme décrit sous le nom d'hypertélorisme s'observe dans diverses affections congénitales.

Syndrome infundibulo-tubérien d'origine traumatique avec ataxie. — M. Porot (Alger) rapporte l'observation d'un malade qui, à la suite d'un traumatisme avec fracture de la base du crâne, présenta une boulimie extrême, un engraissement de 19 kilogrammes, une importante dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien. Secondairement le syndrome infundibulo-tubérien s'atténua et fit place à une grande ataxie statique.

Syndrome adiposo-génital et troubles mentaux préséniles. — MM. Maurice Dide et Lucien Barrère ont observé un syndrome typique adiposo-génital chez un homme de soixante-cinq ans, appartenant à une famille d'imberbes. Lui, cependant, se maria et eut des enfants. Un traumatisme périnéal survenu à quarante et un ans entraîne une atrophie des testicules et du pénis. Une adiposité du type féminin se développe alors, dont il est fort affecté. Il est interné en raison de préoccupations morbides touchant son état féminoïde.

D'autres syndromes de la même série (Cushing, Frœlich) sont aisément différenciables par l'absence d'adiposité. Ils peuvent s'accompagner, aux approches de la vieillesse, de troubles mentaux.

Le syndrome de Pélizzi s'est accompagné de confusion mentale périodique dès la puberté, très précoce.

Aucun de ces syndromes n'est en rapport avec une tumeur décelable de la région infundibulo-tubérienne.

Jean Lereboullet.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 juillet 1936.

Rapports. — M. POUCHET dépose un rapport sur des demandes en autorisation d'eaux minérales.

M. COUVELAIRE lit un rapport sur des modifications à apporter au recrutement et à la formation technique des sages-femmes.

Le lait de femme. — MM. DOLÉRIS et SALLES font une communication sur l'utilisation du lait de femme, puisé au sein de nourrices mercenaires et conservé aseptiquement pour l'alimentation des enfants assistés débiles du premier âge, placés dans une pouponnière d'entraînement à la campagne.

A ce propos, M. LESAGE attire l'attention de l'Académie sur l'union de la maison maternelle départementale et la pouponnière d'entraînement des enfants assistés.

M. Doléris et M. Salles, inspecteurs de l'Assistance publique, ont réalisé cette union. En effet, à la maison maternelle, certaines femmes peuvent être convenablement entraînées à fournir du lait pour deux enfants. Par des moyens simples, le lait peut être transporté à la pouponnière d'entraînement des enfants assistés. Le pupille reçoit ainsi un allaitement mixte, où le lait de femme apporte sa puissance bonificatrice. L'idéal serait que, dans chaque préfecture, la maison maternelle départementale, l'hospice dépositaire et la pouponnière d'entraînement des enfants assistés soient porte à porte.

Existe-t-il encore une chorée rhumatismale ? — M. L. BABONNEIX. — Que faut-il penser de la théorie qui attribue à la chorée de Sydenham une origine rhumatismale ? Bien qu'elle ait été très discutée dans ces dernières années, elle doit être considérée comme vraie, ainsi qu'en témoignent nombre d'arguments : fréquence, dans cette affection, des déterminations articulaires et des cardiopathies ; apparition, lors de la période aiguë, d'accidents nerveux identiques au rhumatisme cérébral ; constatation, à l'autopsie, de nodules d'Aschoff. Mais comment expliquer alors les phénomènes encéphalitiques qui, parfois, la compliquent ? Sans doute, en admettant que certains virus du rhumatisme peuvent acquérir des propriétés neurotropes et se localiser sur les voies extra-pyramidales. Dans la plupart des cas, les lésions prédominent, en effet, sur les ganglions de la base.

L'immunisation antidiphtérique des étudiants en médecine. — M. ROBERT CLÉMENT. — Chaque année, de nombreux étudiants ou membres du personnel médical contractent la diphtérie à l'hôpital ; 40 à 50 p. 100 des jeunes étudiants ont une réaction de Schick négative.

Pour prévenir cette redoutable maladie et les complications qu'elle engendre, il faudrait rechercher systématiquement la réceptivité des étudiants en médecine vis-à-vis de la diphtérie, et pratiquer chez les sujets reconnus réceptifs, l'immunisation préventive.

Avec quelques précautions, la réaction de Schick a une valeur pratiquement suffisante pour déterminer ceux qu'il faut vacciner. En recherchant systématiquement la sensibilité de chaque individu à l'anatoxine de Ramon, on peut immuniser sans danger la grande majorité des sujets.

Des essais de vaccination par voie rectale n'ont pas été suivis de succès ; chez les hypersensibilisés, on pourra essayer la désensibilisation ou utiliser la voie nasale.

Contribution à l'étude du choc. — M. H. VIOLLE continuant des expériences faites jadis avec Penfold sur la grande toxicité, chez le lapin, d'injections de mélanges d'eau distillée et de bactéries, alors que chacun de ces constituants à lui seul est inactif, constate qu'un mélange d'eau distillée et de sérum provoque les mêmes effets toxiques. Cette toxicité est bien due à l'action de la lyse des globules rouges sur le sérum.

Il semble bien que certains accidents constatés chez l'homme puissent être rattachés à ces phénomènes expérimentaux. Ils doivent se rencontrer plus particulièrement chez des sujets à fragilité globulaire ou ayant été traités par des injections thérapeutiques hémolysantes et recevant, en second lieu, des sérums thérapeutiques ou étant soumis à des transfusions sanguines incorrectes, ou encore en état d'infection bactérienne ou parasitaire, manifeste ou latente.

Méthodes statistiques de dosage biologique de la scille. — MM. CAHEN et LAUNAY.

Recherches sur l'agglutination de souches staphylococciques isolées de pyélites. — MM. A. et R. SARTORY et J. MEYER.

Nécessité d'un examen médical complet des candidats à la naturalisation et de leur famille. — M. F. JAYLE.

Sur les variations de pressions minima et maxima des ventricules, les courbes respiratoires du cœur et leur rapport avec les arythmies. — M. DE SOMER.

Vacances. — *La prochaine séance de l'Académie aura lieu le mardi 6 octobre prochain.*

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 juillet 1936.

Essais comparatifs d'immunisation antitétanique chez le cheval, le mouton, le lapin et le cobaye, au moyen d'échantillons d'anatoxine spécifique de valeur différente. — MM. G. RAMON, E. LEMÉTAYER et A. GUHA-THAKURTA signalent que la production d'antitoxine tétanique et le degré d'immunité qui en résulte varient suivant les diverses espèces animales et plus encore suivant les sujets soumis aux injections d'échantillons différents d'anatoxine tétanique. Compte tenu de ces variations, l'anatoxine qui possède la valeur antigène la plus élevée possède l'activité immunisante la plus marquée.

Dissociation de la bactéridie charbonneuse. — M. W. SCHAEFER montre que les souches virulentes ou atténuées de la bactéridie charbonneuse, qui se présentent habituellement sur sérum coagulé sous l'aspect de colonies lisses composées de bacilles encapsulés, se dissocient, *in vitro* et *in vivo*, en variantes à colonies rugueuses composées de bacilles non capsulés Ces variantes rugueuses non capsulées sont stables *in vitro* et *in vivo* et pratiquement avirulentes. La dissociation de la bactéridie charbonneuse est donc tout à fait comparable à celle observée pour la plupart des autres microbes.

Contribution à l'étude de la prévention du choc anaphylactique. — M. H. VIOLLE montre, dans des expériences sur le lapin, qu'on peut diminuer dans des proportions considérables le choc anaphylactique, en faisant précéder l'inoculation déchaînante de sérum, de l'injection d'une

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

petite quantité de ce même sérum non seulement dilué mais encore chauffé à 100°.

Sur le nombre d'hématies de quelques ongulés. — MM. ACH. URBAIN, R. CAHEN, Mlle M.-A. PASQUIER et J. NOUVEL. — Le nombre d'hématies chez divers ongulés : bovidés (caprinés), cervidés, camélidés est assez semblable dans une même espèce animale et pour un même sexe. Il est très élevé chez les caprinés sauvages, atteignant parfois 29 millions (notamment chez le mouflon de Corse).

Teneur en glutathion réduit du sang de quelques ongulés. — MM. ACH. URBAIN, R. CAHEN et Mlle M.-A. PASQUIER. — La teneur du sang en glutathion réduit est voisine de celle de l'homme chez les caprinés domestiques ; elle est plus élevée chez les camélidés, certains caprinés sauvages et les cervidés. Il existe cependant des variations individuelles pour une même espèce animale.

Dissociation « in vitro » de la variété S en variétés R et Ch des souches de bacilles tuberculeux aviaires récemment isolées. — Parmi 12 souches de bacilles aviaires récemment isolées, 3 ont conservé sur milieu de Lœwenstein, sur pomme de terre glycérinée et sur Sauton, leur aspect lisse initial pendant une observation de un an et demi. Les 9 autres, d'aspect S à l'origine, se sont dissociées naturellement, sans aucun artifice de laboratoire, par des réensemencements successifs à l'étuve, en variétés R et Ch.

F.-P. MERKLEN.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 28 mai 1936.

Diagnostic et traitement chirurgical des tumeurs intramédullaires. — M. OLJENICK (d'Amsterdam) présente les pièces anatomiques de trois tumeurs intramédullaires dont il a pu faire le diagnostic, et qu'il a pu enlever entièrement avec un bon résultat opératoire et sans aucun accident. L'une a 8 centimètres de long (gliome mixte), la seconde, 10 centimètres (oligo-dendrogliome), la troisième, 17 centimètres (épendymome). La première et la troisième siégeaient à la région cervicale. La seconde à la région dorsale. Il insiste tout particulièrement sur les difficultés du diagnostic clinique et sur l'importance des résultats de l'épreuve au lipiodol, pratiquée à la fois par la voie descendante et par la voie ascendante, qui dessine les deux pôles de la tumeur, souvent avec émiettement latéral de l'huile iodée. La dernière observation est particulièrement intéressante, à la fois par l'étendue exceptionnelle de la tumeur, qui a cependant été enlevée en entier, et par la difficulté du diagnostic, le lipiodol ayant montré un double arrêt, cervical et dorso-lombaire, qui semblait dû à l'arachnoïdite.

Sclérose latérale amyotrophique ayant duré vingt-six ans. — M. SOUQUES communique un cas typique de maladie de Charcot, qui — fait unique — a duré vingt-six ans. L'autopsie a montré qu'il s'agissait indiscutablement de sclérose latérale amyotrophique : la substance grise des cornes antérieures est très atrophiée dans tous les segments de la moelle, et infiltrée par une gliose intense, sans périvascularite ; la voie pyramidale croisée est dégénérée dans toute la hauteur de la moelle, mais cette dégénérescence ne se poursuit pas dans le tronc cérébral ; le lobule paracentral et les frontales ascendantes ne présentent aucun degré d'atrophie. Il s'agit, somme toute, de lésions non évolutives, sans corps granuleux, sans figures de neuronophagie.

Faut-il admettre un arrêt de l'affection pendant un certain temps, ou bien une évolution incessante, mais très lente ? L'auteur croit à une évolution incessante, mais extrêmement lente. Il importerait, en clinique, de pouvoir prévoir si, un cas de sclérose latérale amyotrophique étant donné, l'affection aura une marche rapide ou lente. Or, rien ne permet jusqu'ici une telle prévision.

Rigidité décérébrée incomplète. Réflexes toniques du labyrinthe et du cou. Troubles des mouvements de redressement du corps. — M. ZADOV (de Budapest) relate, en l'illustrant de nombreux films cinématographiques très démonstratifs, l'observation d'un homme de quarante-huit ans, qui a présenté pendant cinq ans des crises de rigidité décérébrée, surtout marquées du côté gauche. Malgré la conservation de la force musculaire au repos, les crises rendaient la station debout complètement impossible ; la parole était explosive et inintelligible. Les films permettent de suivre très minutieusement les facteurs provocateurs et les facteurs inhibiteurs des crises, ainsi que les particularités des réflexes toniques du labyrinthe et du cou. Ces derniers réflexes déterminent régulièrement la rotation du corps vers le côté gauche.

Pseudo-scléroses. Epreuve du verre et geste accompagné. — MM. J. FROMENT, P. BONNET et A. DEVIC (de Lyon) montrent et analysent un film cinématographique qui oppose nettement, au cours de l'acte moteur, dans l'épreuve du verre — bras libre, puis bras soutenu et guidé (*épreuve du geste accompagné de Froment*) — le comportement d'un tremblement intentionnel de type cérébelleux, et ceux, tout différents, de deux pseudo-scléroses avec cercles verts cornéens typiques, dont ils montrent aussi l'aspect sur autochromes. D'après leurs conclusions, la pseudo-sclérose se reconnaît par deux symptômes: d'une part, l'anneau vert cornéen; d'autre part, le mouvement de la main dans l'épreuve du verre; celle-ci est tremblante, mais se montre rétive ; même si elle est soutenue et gidée, elle se refuse et se cabre, et se met d'autant plus en rébellion qu'on cherche davantage à la maîtriser et à la maintenir.

Ces particularités ne s'observent jamais chez les malades attents de sclérose en plaques.

M. ANDRÉ THOMAS signale que certains athétosiques présentent des mouvements de recul analogues au cours des mouvements volontaires.

M. GUILLAIN pense que le symptôme aurait une localisation hypothalamique ou luysienne plutôt que striée.

Métastase cérébrale unique d'un mélanoblastome de la petite lèvre. — MM. HENRI ROGER, HENRI MONGES, JEAN PAILLAS et ANDRÉ JOUVE rapportent l'observation anatomo-clinique d'une femme âgée de quarante-trois ans, atteinte de crises jacksoniennes gauches, d'abord sensitives puis motrices, précédant l'installation d'une hémiparésie gauche. L'examen complet des téguments révèle l'existence d'une tumeur violacée de la petite lèvre droite, avec adénopathie inguinale secondaire évoluant depuis près d'un an. Fond d'œil, pression artérielle rétinienne, liquide céphalo-rachidien sont normaux, il n'y a pas de céphalée. L'autopsie montre une métastase

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

cérébrale unique, rolandique droite, d'un mélanome paraclitoridien de type polymorphe pseudo-sarcomateux.

M. OLJENICK a pu enlever une métastase cérébrale solitaire de mélanome ; son intervention a donné à son malade un soulagement, qui se maintient depuis plusieurs mois.

Compression médullaire et ostéite fibro-kystique de Recklinghausen au cours d'une sarcomatose de Kaposi. — MM. HENRI ROGER et PAUL VIGNE (de Marseille) ont vu, chez un malade atteint depuis neuf ans de sarcomatose de Kaposi, s'installer une paraplégie spasmodique avec dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien et blocage à l'épreuve de Queckenstedt-Stookey. La radiographie révèle un tassement de D_9 et de volumineuses géodes dans le cubitus droit, dans la mastoïde droite, dans la clavicule droite qui sera ultérieurement le siège d'une fracture spontanée, et disparition de substance plus petite dans d'autres os ; un aspect criblé du crâne.

Les auteurs discutent l'hypothèse d'une ostéite fibro-kystique consécutive à une métastase néoplasique ou à une réaction hyperplasique au niveau de la parathyroïde, et celle de métastases sarcomateuses multiples simulant la maladie de Recklinghausen.

Agénésie de la lame basilaire. Compression du tronc cérébral. Mort subite. — M. DUMORTIER (de Genève) montre, par projections, les lésions anatomiques d'un malade qui est mort subitement après avoir présenté un syndrome de tumeur de la fosse cérébrale postérieure. L'agénésie de la lame basilaire entraîne une déformation de tout l'étage postérieur de la base du crâne, qui s'incurve à angle aigu sur l'axe de la colonne cervicale, de telle sorte que l'apophyse odontoïde de l'axis et l'arc antérieur de l'atlas viennent faire saillie dans le trou occipital et écraser la protubérance. La radiographie de profil, réexaminée après coup, aurait permis de faire le diagnostic, car elle montre la voussure du massif osseux qui fait saillie au-dessus du trou occipital, derrière le rocher, et l'abaissement de la selle turcique, qui est masquée par le rocher.

Syndrome parkinsonien avec blépharospasme, spasme des oculogyres et ébauche du torticolis spasmodique d'origine syphilitique. — MM. COSSA, DUGUET, EMOND et PUECH (de Nice) relatent un cas de syndrome parkinsonien survenu chez un jeune soldat avec manifestations de spasme des paupières, du globe oculaire et ébauche de torticolis spasmodique. Les réactions sérologiques de la syphilis étaient fortement positives. Le traitement spécifique fit disparaître le syndrome parkinsonien permanent et une partie des phénomènes de spasme.

Lacunes osseuses craniennes avec hernie cérébrale apparues à la suite d'un syndrome d'hypertension intracranienne et évoluant spontanément vers la guérison clinique et radiographique. — M. SUBIANA (de Barcelone) projette les radiographies d'une observation très atypique, qui montrent les lacunes craniennes multiples constatées à la suite d'une poussée d'hypertension cranienne, la disparition spontanée de ces lacunes quatre ans plus tard. L'évolution permet d'écarter les diagnostics de méningiomes, de métastases carcinomateuses, de myélomes ; l'aspect semble s'écarter de celui des ostéites syphilitiques, du Paget, de la maladie de Schuller-Christian. Il y a là un fait d'attente d'ostéoporose circonscrite, dont l'origine reste indéterminée.

Système vésiculeux parasympathique du mésocéphale. — MM. MAURICE DIDE et ADRIENNE BAUDUIN décrivent minutieusement la phylogenèse, l'ontogenèse et la cytologie d'un système cellulaire, qui va de l'insertion intérieure du pédoncule cérébelleux au tubercule quadrijumeau antérieur.

Ce système, confondu chez les animaux, et chez l'homme jusqu'à la fin de sa première année, avec le *locus cœruleus*, s'individualise ensuite, conservant son aspect primitif pendant que se constitue la formation à pigment noir.

Ces cellules, parmi les plus grandes du tissu nerveux et constantes chez les vertébrés, offrent un développement ontogénique antérieur à celui des cellules pyramidales. Elles sont lésées dans les syndromes mentaux graves du type avitaminosique. Leur nature végétative, prouvée par la cytologie, exclut leur participation, jadis affirmée, aux origines réelles de la branche motrice du trijumeau.

Considérations sur les paralysies oculaires de fonctions. Des paralysies de fonctions binoculaires de type vestibulaire. Des paralysies de fonctions monoculaires. — M. GAETAN JAYLE (de Marseille), à côté des paralysies de fonctions totales et des paralysies de fonctions volontaires distinguées par Alajouanine et Thurel, décrit des paralysies de fonctions purement automatiques (intéressant les réactions vestibulaires) et des paralysies de fonctions monoculaires.

Syndrome neuro-anémique à forme polynévritique, par MM. JONESCO, SISESTI, VASILESCO et BRUCHNER (de Bucarest). J. MOUZON.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET D'HYGIÈNE TROPICALES

Séance du 28 mai 1936.

Au début de la séance, le président présente le nouveau *Traité d'helminthologie médicale et vétérinaire* de M. Neveu Lemaire. On y trouve étudiés d'une façon complète et précise tous les parasites de l'homme et des animaux domestiques, non seulement de la Métropole, mais des Colonies. Cet ouvrage sera analysé dans un prochain numéro de la *Revue de médecine et d'hygiène tropicales*.

Le biotropisme quinique. — M. MONNEROT DUMAINE (d'Ismaïlia) expose qu'à côté des accidents toxiques causés par la quinine, il y a des réactions de nature biotropique qui n'ont guère été étudiées. Il rappelle qu'un accident biotropique est un phénomène infectieux imputable à la stimulation d'un germe latent par une cause exogène, telle qu'une thérapeutique chimique.

Dans les deux cas qu'il a observés, le premier concernait une femme de soixante-huit ans, qui, neuf jours après la première dose de quinine, présenta un zona. Le deuxième est celui d'un enfant de huit ans qui, le neuvième jour d'un traitement quinique, eut un exanthème rubéoliforme.

L'auteur estime qu'il s'agit d'accidents biotropiques, du fait qu'ils sont apparus après huit ou neuf jours d'incubation. Il les rapproche des érythèmes novarsénicaux du neuvième jour, de l'acné iodique, du zona aurique.

M. le médecin-inspecteur BOYÉ fait remarquer que,

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

si réellement la quinine était capable de déclencher des accidents biotropiques, on verrait beaucoup de zonas aux colonies. Or, ce n'est pas le cas ; les conclusions des faits observés doivent donc être réservées jusqu'à nouvel ordre.

M. DECOURT rappelle combien il est difficile de se prononcer en face d'une éruption, du neuvième jour, à type scarlatiforme, rubéoliforme, zoniforme.

S'agit-il d'une véritable scarlatine, d'un véritable zona, etc. ? M. Milian, qui a décrit le biotropisme, l'admet; mais en réalité, comme le fait aussi remarquer M. Gaston, la question est très délicate.

M. BROQUET estime que ces faits compliquent encore les idées sur l'étiologie du zona.

M. SIMON pense que les zonas de la quinine sont évidemment à rapprocher de ceux que l'on observe après les injections de sel d'or, de cholestérol, etc.

Notes sur les cyclopides d'eau douce de l'Inde. — M. LINDBERG montre que les espèces qu'il a rencontrées, au cours de ses pêches, dans la région du chemin de fer de Barsi, lui ont permis de décrire une espèce nouvelle et deux variétés nouvelles. Il décrit ainsi *Eucyclops multicolor, sp. n.*, *Mesocyclops Leuckarti deccanensis, subsp. nov.*, *Mesoscyclops Rylovi*, dont une sous-espèce nouvelle, et en donne les caractéristiques et les mensurations.

Paludisme pernicieux. Traitement par la quinine et la quinacrine. — M. RAGIOT a observé un cas de paludisme à *Plasmodium falciparum* extrêmement grave. Il s'agissait d'un accès pernicieux classique, sous sa forme cérébrale, délirante. La quinine se montra insuffisante, et l'accès ne fut jugulé que par la quinacrine en injections. Il faut noter que l'administration simultanée des deux médicaments n'a provoqué aucun incident, quoiqu'en général on ne les donne pas simultanément.

M. DECOURT estime que, dans l'accès pernicieux, il y a intérêt à associer la quinine et la quinacrine.

M. TANON soigne, en ce moment, un paludéen ayant présenté des hématémèses puis des hématuries, par de toutes petites doses de quinine. Il se propose de donner de la quinacrine, soit par la bouche, soit en injections, car elle ne déclenche pas d'hématuries, comme peut le faire la quinine dans des cas semblables.

L'épidémie de Drapetsona et de Kokinia est une fièvre dengue. — M. LORANDO étudie une épidémie qui a sévi à Drapetsona et à Kokinia, en août 1935. Etiquetée fièvre des trois jours, elle a donné lieu à de nombreuses discussions. Pour lui, elle serait plutôt à rapporter à la fièvre dengue. En effet, l'épidémie a continué jusqu'à fin novembre, et le *Phlemotomus papatasii* voit son cycle évolutif s'arrêter quand la température s'abaisse au-dessous de 14 degrés. La marche de la maladie, la durée de la fièvre, la courbe de température, l'éruption caractéristique, sont en faveur du diagnostic de dengue, comme aussi l'existence possible de complications, l'aggravation des maladies chroniques, l'anatomie pathologique, et enfin la présence de Stegomyias pendant l'épidémie.

M. TANON fait remarquer que cette communication réveille de nouveau la question de l'identité ou de la différence des deux maladies. A son avis, il semble qu'elles restent distinctes, comme le pensent aussi M. Cazanove et M. Broquet.

M. STEFANOPOULO rappelle que dans la fièvre des trois jours l'exanthème est très rare. Mais on peut voir des cas où l'éruption existe, et aussi des dengues sans éruption, ce qui rend le diagnostic difficile.

PIERRE SÉE.

NOUVELLES

Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine (Professeur : M. MAURICE LŒPER ; assistant : M. ANDRÉ LEMAIRE, agrégé). — COURS DE VACANCES 1936.

Un cours complémentaire de clinique médicale aura lieu du 23 juillet au 15 octobre, les mardis, jeudis, samedis, à 11 heures, à l'amphithéâtre Hayem, avec le concours de MM. BOULIN et TURPIN, agrégés ; Bariéty, Boltanski, Debray, Decourt, Degos, Garcin, Mollaret, de Sèze, Soulié, médecins des hôpitaux ; Chêne, Merklen, Michaux, Ollivier, Perrault, chefs de clinique et anciens chefs de clinique de la Faculté.

Des conférences pratiques de séméiologie et de diagnostic seront faites les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. 30, par Mlle Riom, MM. Perrault, Gilbrin et Loisel, chefs de c inique de la Faculté, et par MM. Duchon et Lesure, chefs de laboratoire.

Un monument au maréchal Foch. — Alors que plusieurs villes de province et de l'étranger ont tenu depuis longtemps déjà à ériger sur leurs places publiques une statue au Maréchal de France qui avait conduit les armées alliées à la victoire, aucun monument ne s'élève encore en son honneur dans la capitale.

Un Comité s'est formé sous la présidence d'honneur du Président de la République et des membres du Gouvernement, le maréchal Pétain est président du Comité de patronage, le énéral Weygand préside la Commission exécutive.

Le Comité espère que tous les Français qui n'ont pas oublié tiendront à contribuer à cet hommage national en envoyant leur souscription, si minime soit-elle.

Ils pourront l'adresser soit à la Banque de France, compte de dépôt de fonds n° 16112, soit à M. Lamolle, trésorier, 6, rue de Clignancourt, compte chèques postaux Paris 201043.

Communiqué. — La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine met en garde les médecins contre les sollicitations dont ils peuvent être l'objet de la part de certaines publications : sous prétexte de faire de la propagande à l'étranger, elles publient des notices sur la carrière et les travaux scientifiques de certains médecins. Ces publications constituent au premier chef une réclame déguisée, contraire aux principes d'une saine déontologie et condamnée par les groupements médicaux au même titre que la collaboration aux journaux dits de vulgarisation.

Communiqué. — *L'inspection médicale dans l'enseignement secondaire.* — Ordre du jour voté par le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine dans sa séance du 7 juillet 1936.

NOUVELLES *(Suite)*

Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, réuni le 7 juillet 1936,

Après avoir pris connaissance des projets concernant l'institution de l'Inspection médicale dans l'enseignement secondaire ;

Considérant qu'il est nécessaire de respecter le secret des familles, ce qui exclut la constitution de fiches ;

Considérant que les parents doivent rester les seuls maîtres de la surveillance de la santé, de la direction et de l'orientation professionnelle de leurs enfants avec les conseils de leur médecin de famille ;

Demande :

Que l'inspection médicale se borne : 1° à la surveillance de l'hygiène des lycées et collèges ; 2° au dépistage des maladies contagieuses épidémiques ; 3° aux mesures générales à prendre dans le but d'alerter les familles ;

S'élève contre l'utilisation de cette inspection dans un but d'orientation professionnelle ;

Et prie la Fédération des Associations de parents, d'élèves des lycées et collèges, de prendre en considération ce vœu du corps médical de la région parisienne.

Communiqué. — La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine rappelle à tous les médecins qu'un service de renseignements a été institué 28, rue Serpente (le jeudi de 10 heures à 11 heures).

Elle rappelle également que, signataire des conventions, elle est seule chargée des rapports avec les caisses et qu'il est préférable à tous points de vue, d'éviter les correspondances individuelles ; si des dificultés se présentent, particulièrement en ce qui concerne le contrôle, c'est à la Fédération qu'il faut les signaler pour qu'elle puisse s'occuper de leur règlement. Elle recommande à tous de n'accorder de repos aux assurés sociaux qu'avec la plus grande circonspection.

La IVe Réunion européenne d'hygiène mentale se tiendra à Londres du 5 au 8 octobre 1936.

PROGRAMME. — Lundi 5 octobre, à 14 h. 30. 1er Rapport : *L'Hygiène mentale et le Cinéma.* Rapporteurs : MM. Jakob Billström (Stockholm), A. Repond (Monthey, Suisse).

Mardi 6 octobre, à 10 h. 30. 2e Rapport : *L'Hygiène mentale et l'Infirmière.* Rapporteurs : MM. Hans Roemer (Illenau, Allemagne) ; José Germain (Madrid) ; E. Escardo (Madrid) ; Heinrich Kogerer (Vienne).

Mardi 6 octobre, à 14 h. 30. 3e Rapport : *L'Hygiène mentale et les enfants de 11 à 18 ans.* Rapporteurs : Professeur K.-H. Bouman (Amsterdam) ; professeur L. Roehlin (Charkoff) ; M. J.-R. Rees (Londres) ou M. H. Tomasson (Islande).

Le soir du 5 ou 6 octobre : Réception par His Majesty's Government à Lancaster House, Londres. *Mercredi et jeudi 7 et 8 octobre* : Diverses visites des hôpitaux psychiatriques, cliniques, colonies, etc., de Londres et des environs.

Les séances auront lieu dans le « Conference Hall, Ministry of Health, Whitehall », Londres.

Les langues officielles du Congrès seront : l'allemand, l'anglais et le français.

Les médecins français désirant assister à cette réunion sont priés de s'adresser à la Ligue d'hygiène mentale, chargée de désigner la délégation française.

Pour tous renseignements, s'adresser au « National Council for Mental Hygiene, 77, Chandos House, Palmer Street, London, S. W. I., et pour la France, à la Ligne d'hygiène mentale, 1, rue Cabanis, Paris.

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

11 AOUT. — *Paris.* Ministère de la Santé publique. Date limitative en vue des demandes pour le poste de directeur du bureau municipal d'hygiène de Saint-Quentin.

15 AOUT. — *Paris.* Ministère de la Guerre. Date extrême d'inscription en vue des concours de médecin, de chirurgien et de pharmacien-chimiste des hôpitaux du service de santé colonial.

17 AOUT. — *Berlin.* Congrès international d'oto-rhino-laryngologie.

17 AOUT. — *Berlin.* Congrès international d'oto-rhino-laryngologie.

20 AOUT. — *Paris.* 66, boulevard Saint-Michel. Date limite pour déposer les demandes de participation au concours d'attribution des bourses d'études à l'Institut Carlo Forlanini

24 AOUT. — *Glasgow.* Congrès des médecins homéopathes.

31 AOUT. — *Lyon.* Ecole de service de santé militaire. Oral des candidats admissibles à l'Ecole de service de santé militaire.

1er SEPTEMBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Réouverture de la bibliothèque les mardis, jeudis et samedis de 14 à 17 heures.

17 SEPTEMBRE. — *Wiesbaden.* IIIe Congrès international de la lumière.

1er SEPTEMBRE. — *Wiesbaden.* Congrès international d'actinothérapie.

NOUVELLES *(Suite)*

3 Septembre. — *Lund.* Congrès international du rhumatisme.

3 Septembre. — *Nancy.* Hôpital militaire. Oral des candidats admissibles à l'École du Service de santé militaire de Lyon.

5 Septembre. — *Athènes.* Cours de haute culture médicale Tomarkin.

5 Septembre. — *Paris.* Val-de-Grâce. Oral des candidats admissibles à l'École du Service de santé militaire de Lyon.

5 Septembre. — *Lucerne.* II Semaine médicale internationale de Suisse.

7 Septembre. — *Lisbonne.* Attribution des bourses d'études à l'Institut Carlo Forlanini.

CHRONIQUE DES LIVRES

L'année médicale pratique, publiée sous la direction du Dr C. Lian (*R. Lépine, éditeur*, 15e *année*, 1936).

On sait le constant succès de ce recueil qui contient une série de petits articles clairs, actuels, simples, pratiques. Le nouveau volume a les qualités des précédents et connaîtra le même succès. Facile à consulter, il passe en revue la plupart des questions qui ont été l'objet de discussions ces derniers temps et est appelé à donner au praticien des renseignements fort précieux.

P. L.

Le livre de l'infirmière, par Mlle Chaptal, 4e *édition* (*Masson et Cie, éditeurs*).

Tous connaissent le *Livre de l'Infirmière* publié il y a quelques années, par Mlle Chaptal d'après l'édition anglaise de miss Oxford. Très complet, très clair, bien rédigé, doublé d'un index vocabulaire extrêmement pratique, ce livre est indispensable à toutes celles qui veulent être infirmières, et Mlle Chaptal, dans son introduction, rappelle, avec toute son expérience et tout son cœur, quelles sont les qualités nécessaires à toutes les infirmières soignantes, en mettant au premier plan les qualités morales. Elle montre aussi à quel point l'expérience au lit du malade est nécessaire. Jamais l'infirmière n'aura toutefois une instruction trop étendue, et l'ensemble des notions réunies dans le petit livre de Mlle Chaptal doit être à toutes extrêmement précieux. On ne peut donc que recommander la diffusion de cet excellent manuel.

P. L.

L'Andorre, par Louis Porcheron (*Editions « Quo Vadis », 107, rue Paradis, Marseille*).

Cet ouvrage, parfaitement illustré et documenté, ouvrira des horizons touristiques nouveaux à beaucoup de Français.

L'Andorre, située aux confins de l'Ariège et des Pyrénées-Orientales, est un petit pays, ou plutôt une co-principauté, dont le co-suzerain est le Président de la République française, qui partage la souveraineté avec l'évêque d'Urgel.

Région magnifique de montagnes et de vallées, de lacs, de cascades et de rivières, l'Andorre garde le cachet archaïque des coutumes du moyen âge...

Le touriste, en franchissant la frontière franco-andorrane, pénétrera dans un monde nouveau ; il respirera une atmosphère nouvelle, car il verra une petite nation de montagnards et de paysans privée, jusqu'en 1933, de routes carrossables et de moyens de communications faciles avec la France, qui s'est maintenue noble et fière à l'ombre de ses splendides vallées...

Hâtez-vous de visiter l'Andorre avant que disparaisse, sous la poussée du progrès, le charme antique de ce pays.

Les groupes sanguins, par R. Dujarric de la Rivière et N. Kossovitch. Préface du professeur K. Landsteiner. Un volume in-8 de 250 pages avec 38 figures en noir et une planche en couleurs : 36 francs (*J.-B. Baillière et Fils, éditeurs*).

Poursuivant des recherches sur les groupes sanguins depuis plusieurs années, ayant souvent à initier des élèves aux techniques de cette étude, les auteurs ont pensé à réunir, en une monographie, les notes qu'ils avaient amassées et les résultats de leurs travaux.

Ils ont envisagé les différents aspects du problème des groupes et les divers chapitres traitent : des types sérologiques, de l'ontogenèse et de la fixité des groupes, de la technique générale de détermination des groupes, de l'hérédité, des données anthropologiques, des données physiologiques et chimiques, des groupes sanguins en médecine et en médecine légale, des groupes sanguins chez les animaux.

Les auteurs ont, à juste titre, fait la part plus belle à certains chapitres ; c'est ainsi qu'ils ont spécialement développé le chapitre de l'hérédité, non seulement pour l'intérêt qu'elle présente ou pour ses applications en médecine légale, mais aussi parce qu'elle vient étayer ou infirmer nombre de théories qui ont été émises sur les groupes sanguins. Ils ont fait aussi une part très importante à la technique, technique générale, exposée dans un chapitre qui lui est consacré, techniques particulières, exposées à propos de diverses applications, parce qu'ici, plus que partout ailleurs, la technique, à cause des conclusions graves qui peuvent en découler, demande une attention particulière.

VARIÉTÉS

VILLES D'EAUX A LA MODE AU GRAND SIÈCLE

Les ouvrages sur l'histoire de nos stations thermales se succèdent au rythme accéléré. Et ceci n'est pas pour nous déplaire... Le Dr Cabanès continue, d'outre-tombe, la série des *Mœurs intimes du Passé*, et le douzième volume en est consacré aux *Villes d'eaux à la mode au grand siècle*. L'an dernier, la *Vie thermale au temps passé* nous initiait à la période gallo-romaine, moyen-âgeuse où nos pères, en litière ou à cheval, gagnaient les sources de Jouvence (1). La Renaissance, avec ses étuves si mal famées, a mérité un chapitre bourré de faits.

Au moment même où paraissaient ces récits, M. L. Pailleron nous donnait ses *Buveurs d'eaux* et de nombreux médecins consacraient leur thèse inaugurale à l'histoire du thermalisme ; M. Yves Phélippau, à «Oribase et l'hydrologie au IVe siècle»; le Dr Yvan Brunies, à «l'Hydrologie de Pline l'Ancien». Ne savons-nous pas que l'une de nos plus aimables étudiantes de la Faculté de Paris prépare également sa thèse sur les régimes en stations thermales aux XVe, XVIe et XVIIe siècles ? Nous aurons l'occasion d'y revenir (2).

Pougues, Forges, Bourbon l'Archambault sont la trame du présent article.

Si nous devions donner à chacune de ces villes l'attention qu'elles méritent, cette chronique dépasserait nettement les limites qui nous sont assignées.

Feuilletant tout d'abord le volume, nous sommes arrêtés par l'élégance de la documentation iconographique. Élégance et variété... et ceci de nous remettre en mémoire certaines matinées du jeudi où, nous rendant rue Lacépède, le Dr Cabanès étalait, devant nous, les richesses insoupçonnées de ses cartons. A la vérité, la *Médecine internationale* publiait-elle, chaque mois, sous des pseudonymes divers, les résultats des recherches, des lectures, des trouvailles de celui qui nous avait donné un *Marat inconnu* et des clartés fulgurantes sur l'énigme du Temple.

Montorgueil et Cabanès sont morts. A quelle joute nous fut-il, un jour, permis d'assister : le premier soutenant la thèse de la mort au Temple ; le second, celle de l'évasion. Plus tard, le Dr Cabanès en arrivait à accepter la thèse de Montorgueil. Le Nôtre, mort lui aussi, les départegera-t-il; aux Champs-Elysées, où, certainement, leurs ombres lumineuses se sont retrouvées ?

(1) Tous ces ouvrages sont édités par Albin Michel, rue Huygens, Paris.

(2) M. Raoul de Broglie, dans le No du 1er juin de la *Revue des deux Mondes*, consacrera un bien beau mémoire « au voyage et au séjour du Duc du Maine à Barèges » en 1675.

Ici, pas ou peu d'énigmes. Sans doute y a-t-il, de-ci de-là, quelques points d'interrogation. La Bruyère est-il venu à Bourbon ? Mme des Ursins a-t-elle fait une cure à Barèges ou à Baguères-de-Bigorre ? Les documents que nous avons publiés, les lettres mêmes de la célèbre correspondante de Mme de Maintenon sont irréfutables : c'est bien à Bagnères-de-Bigorre que la princesse fit une entrée « sensationnelle » en litière de damas rouge.

Pour La Bruyère, le Dr Cabanès en arrive à des probabilités troublantes.

« Voulant désigner la maîtresse régnante, La Bruyère va chercher, dans l'Histoire du Bas-Empire, un nom qui puisse la faire reconnaître au moins des initiés. Et c'est ainsi qu'il l'appelle *Irène* (une des impératrices de Byzance) — qui n'est pas un pseudonyme mais un caractère. Le portrait qu'il fait de la royale coquette se sentant vieillir et allant chercher aux eaux d'Epidaure ce qu'elle demanda souvent aux eaux de Bourbon — un peu de jeunesse — est un chef-d'œuvre. » Et le Dr Cabanès de continuer : « On a présumé que La Bruyère dut tracer son croquis sur place après avoir entendu, peut-être, de la bouche même du médecin qui traitait Mme de Montespan à Bourbon, ce qu'il fait dire à *Irène* par l'Esculape d'Épidaure. Tout autorise à penser que le philosophe se rendit à ses eaux, situées dans l'apanage de son élève princier, le duc de Bourbon. Ce qui porterait à le croire, c'est qu'au mois de mai 1687, La Bruyère lisait à Boileau des vers que l'on y avait faits, l'année précédente, et que Boileau, s'y rendant ensuite, et écrivant de Bourbon à son ami Racine, lui disait, après quelques compliments sur le médecin de la station : « Je vous envoie un compliment pour M. de la Bruyère. » Ceci ne nous paraît pas concluant...

Pourquoi donc Boileau s'était-il rendu à Bourbon l'Archambault ? Une misérable extinction de voix qui faisait se regarder « comme un homme inutile » l'auteur du *Lutrin*. L'ami de Racine en devenait véritablement neurasthénique. Celui qui avait écrit *Phèdre* — et qui n'avait pas encore composé *Athalie* — communiquait à Boileau l'ordonnance du fameux Dodart. La lettre de Racine, citée par le Dr Cabanès, est, au demeurant, pleine d'intérêt :

« *Votre lettre m'aurait fait beaucoup de plaisir si les nouvelles de votre santé eussent été un peu meilleures. Je vis M. Dodart comme je venais de la recevoir et la lui montrai. Il m'assura que vous n'aviez aucun lieu de vous mettre dans l'esprit que votre voix ne reviendrait point et me cita, même, quantité de gens qui sont sortis, fort heureusement, d'un semblable accident. Mais sur toute chose, il vous recommande de ne point faire d'effort pour*

VARIÉTÉS (*Suite*)

parler et, s'il se peut, de n'avoir commerce qu'avec des gens d'une oreille fort subtile ou qui vous entendent à demi-mot. Il croit que le sirop d'abricot vous est fort bon et qu'il en faut prendre quelquefois de pur et très souvent de mêlé avec de l'eau en l'avalant lentement et goutte à goutte. Ne point boire trop frais, ni de vin que fort trempé: du reste, vous tenir l'esprit toujours gai »... « Tenez-vous en joie : cela est bientôt dit. Tel est le conseil, ajoute Racine, que M. Menjot me donnait autrefois... » Ecririons-nous autre chose aujourd'hui (mais certainement de moins belle façon) ?

Lait d'ânesse, sirop d'abricot... rien n'avait agi sur notre asthmatique. Daquin, Fagon de l'envoyer à Bourbon. A Bourbon, pour une affection des muqueuses respiratoires, pour une aphonie complète, pour une laryngite ? Deux médecins allaient lui donner leurs soins : Bourdier et des Trapières. (Saignée, purgation prémonitoires... Pourquoi vous a-t-on aujourd'hui abandonnées ?) Boileau est prêt pour le grand remède : la prise des eaux. Alternatives d'espoir et de craintes. Racine de lui écrire :

« *Si par malheur les eaux ne vous guérissent pas, il n'y a point lieu encore de vous décourager et vous ne seriez pas le premier qui, n'ayant pas été guéri sur les lieux, s'est trouvé guéri étant de retour chez lui.* (Mais les choses ne se passent pas encore autrement aujourd'hui !) *En tout cas, le sirop d'erysimum* (de M. Morin) *n'est point assurément une vision.* »

Boileau conserve son inquiétude. Sans doute, les eaux lui ont fait le plus grand bien du monde ; elles ont fait tout sortir de son corps, « sauf la maladie pour laquelle il les prend »... « Ne vous découragez pas », disent avec un ensemble touchant médecins et apothicaire... Mais le malheur est « que cela ne revient pas ». Echange serré de lettres entre Boileau et Racine, lequel consulte Fagon à qui Bourdier a écrit et Fagon a montré à Dodart la lettre de Bourdier. Sur ces entrefaites intervention de Amiot qui en est pour le demi-bain, conseillé par Fagon, contre l'opinion de MM. Bourdier et Baudière. De quoi vient se mêler Fagon contre les médecins de la station ? Vraiment, Fagon manque de déontologie !... Mais voici que Boileau éprouve tous les symptômes de ce que nous dénommons, faute de mieux: fièvre thermale. Le roi s'en mêle et mande à Boileau de regagner Paris. L'historiographe du roi fait la sourde oreille : Amiot et ses demi-bains ont toute sa confiance (Les Montdoriens guérissent l'asthme par les demi bains... ne l'oublions pas). Un jour, Boileau se croit guéri pour avoir prononcé un *non* énergique. Le désespoir est plus grand encore : Boileau part sans regrets.

Enfin, sa voix revint toute seule !...

Mais a-t-on le droit de nier l'action des eaux ?

De nombreuses consultations rétrospectives ont été données sur la laryngite de Boileau... Paix ! Paix !

La lecture de ce chapitre est tout à fait captivante et elle nous est le fidèle reflet de l'ambiance que devait subir le malade durant sa cure thermale au moment où la cour du Roi-Soleil brillait de son plus vif éclat.

Gui Patin avait-il pleinement tort ? Pour nous, nous refusons de croire qu'il ait eu tout à fait raison !...

Dr MOLINÉRY,

Luchon, juin 1936.

REVUE DES CONGRÈS

XVe SESSION DES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES (JUIN 1936) (1)

Malgré les graves difficultés actuelles, nos amis belges, avec un magnifique courage et l'esprit méthodique que nous admirons, ont assuré aux Journées médicales leur succès habituel.

Samedi dernier, la séance inaugurale a eu lieu dans la noble salle des académies. La loge royale, où nous vîmes tant de fois S. M. la reine Elisabeth, puis l'infortunée reine Astrid, était vide... Dans la loge diplomatique, l'ambassadeur de France et Mme Laroche, l'ambassadeur d'Italie et tous les diplomates accrédités à Bruxelles.

M. Emile Vandervelde, ministre de la Santé publique, préside la séance. A ses côtés, M. le professeur Danis, président des Journées, le Dr Maurice Bedel, le professeur Nicolas (de Lyon), chef de la délégation française ; M. le recteur Dustin ; le baron Houtart, gouverneur du Brabant ; MM. Léopold Mayer, René Beckers et Raoul Bernard, les infatigables animateurs de *Bruxelles médical* et de ses Journées ; les professeurs F. Héger, Nolf, Bordet, Rubay, le général médecin Declecq, M. Goossens-Bara, président de la Commission d'assistance publique ; M. René Sander, directeur de la Société internationale de la Croix-Rouge.

Parmi les Français, MM. les professeurs Devraigne et Grégoire (Paris), Billet et Leclercq (Lille), Dechaume (Lyon), L. Merklen (Nancy), Weiss (Strasbourg), Blanc (Maroc). Parmi les étrangers, les professeurs Nuttal, (Cambridge), Jimenez Diaz (Espagne), Audet (Canada), Burgi, Ramel, Robert d'Ernst (Suisse), Saenz (Uruguay), Netousek (Tchécoslovaquie), Dos Santos (Portugal), Pavel (Roumanie).

Il me faudrait encore citer tous les éminents confrères belges qui étaient particulièrement nombreux.

M. Vandervelde prend le premier la parole. En termes émouvants, il rappelle le deuil qui frappa si cruellement

(1) *Association de la Presse médicale française*

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

la Belgique, il y a dix mois, puis il trace, très éloquemment, le programme de travail que les événements dictent à un ministre de la Santé publique soucieux de son devoir.

M. le professeur Nicolas parle ensuite au nom des gouvernements étrangers.

Le Dr René Beekers associe l'assemblée au deuil de son pays, et il demande un instant de recueillement, tandis que la musique du 9e de ligne joue, en sourdine, *la Brabançonne*.

M. Beckers rappelle ensuite les progrès constants réalisés par les Journées médicales. Puis, abordant de graves questions professionnelles, il se fait l'interprète des médecins belges pour demander que l'Ordre des médecins n'ait d'autre juridiction qu'une juridiction médicale.

Enfin, M. le professeur Robert Danis prononce le discours d'usage et déclare ouverte la XVe session des Journées médicales de Bruxelles.

M. Maurice Bedel fait alors sa conférence. Oubliant un instant qu'il est médecin, notre spirituel confrère se fait « patient » pour exposer sa *Pétition à MM. les médecins au nom des malades*. Conférence étincelante, comme on pouvait s'y attendre. M. Maurice Bedel, malgré son évidente santé, se met dans la peau du malade au point de ne pouvoir s'empêcher de dire à ses confrères quelques vérités. Si la vérité n'est pas toujours bonne à dire pour le commun, elle est très goûtée quand elle sort des lèvres de Maurice Bedel, accompagnée de piquantes anecdotes.

Je ne sais plus comment le conférencier fut amené à parler de l'aérophagie, mais ce fut un spectacle amusant de voir tout l'auditoire se mettre à déglutir de l'air sur la seule description du syndrome.

Mais revenons, avec Maurice Bedel, à des sujets plus graves sur lesquels il donna des avis pleins de bon sens. Avec énergie, il protesta notamment contre la fonctionnarisation de la médecine et contre les excès scientifiques. Il demanda le retour à la saine clinique, seule capable d'habituer les élèves à considérer le malade comme un *homme* et non comme un assemblage d'organes justiciables d'un nombre infini de spécialistes. Son appel en faveur du médecin de famille fut très applaudi, mais c'est peut-être surtout aux malades qu'il faudrait le faire comprendre.

Nous parlerons prochainement des travaux des Journées médicales.

Pour aujourd'hui, bornons-nous à remercier nos aimables confrères belges. Comme de coutume, ils ont reçu leurs invités d'une façon exquise. Le raout, avec spectacle de « variétés », fut une soirée charmante. Enfin le banquet officiel sortit de la banalité. Il eut lieu dans le beau cercle de l'*Etrier belge*, au bois de la Cambre. Après le dîner, nous avons pu assister dans le manège voisin à une admirable présentation de chevaux qui remporta le plus vif succès.

Les Conférences.

Nous donnons ici le résumé de quelques conférences auxquelles il nous a été permis d'assister. Nous nous excusons de ne donner que le titre de quelques autres que nous n'avons pu entendre, plusieurs conférences ayant eu lieu en même temps dans des amphithéâtres différents.

Les troubles vaso-moteurs réflexes d'origine traumatique. Leur pathogénie et leur traitement, par le professeur F. Albert (Liége). — Tout traumatisme des membres, mais particulièrement les traumatismes articulaires et para-articulaires, entraînent immédiatement des troubles vaso-moteurs réflexes. Ceux-ci peuvent persister pendant un temps variable. Tantôt ils s'amendent spontanément, tantôt ils se prolongent et deviennent alors la cause de ces troubles physiopathiques, si magistralement étudiés par Babinski et Froment. Ceux-ci sont parfois extrêmement graves et particulièrement tenaces.

Le traitement préventif des troubles physiopathiques se trouve dans la suppression de ces réflexes par infiltration anesthésique de la zone traumatisée. Cette infiltration peut se faire plus ou moins près du moment de l'accident traumatique.

Le résultat sera d'autant plus complet que le traitement aura été plus précoce. Une fois les troubles installés, la même infiltration anesthésique peut encore être effective, à la condition que les troubles physiopathiques soient peu graves.

Dans les cas plus importants, on pourra avoir recours à toute la gamme des interventions sympathiques et vasomotrices.

On commencera toujours par la simple compression artérielle, qui peut donner des résultats brillants. L'expérimentation a démontré que la compression artérielle a une action vaso-dilatatrice extrêmement marquée. En cas d'échec, on recourra à la sympathectomie périartérielle, ou aux interventions plus complexes sur les chaînes ganglionnaires sympathiques, dont le choix sera basé sur l'importance et l'ancienneté des lésions.

La perméabilité cutanée pour médicaments et poisons, par le professeur M. E. Burgi (Berne). — Grâce à la construction d'un appareil semi-sphérique qui est appliqué sur la peau de façon qu'aucun gaz ne puisse passer, et qui est rempli de la substance à étudier, il a été possible de constater qualitativement et de mesurer quantitativement la force de pénétration de cette substance à travers la peau. Nous avons pu voir ainsi que l'acide carbonique dissous dans l'eau pénètre la peau humaine à partir d'un degré de concentration qui peut être exactement déterminé. L'hydrogène sulfuré est également absorbé par la peau, mais à un degré de concentration très faible ; de hautes concentrations provoquent un œdème qui oppose une résistance à l'entrée du gaz. Ces deux constatations sont d'une grande importance pour la balnéologie. Si on ajoute du sel de cuisine dans les solutions de ces deux gaz dans l'eau, on constate que leur capacité de pénétration diminue. Il en est de même pour Cl^2Ca et SO^4Na^2. Le sel de cuisine, lui-même, pénètre la peau en très petite quantité ; cette capacité de pénétration augmente d'abord avec le degré de concentration et diminue ensuite. Il en est de même pour l'iodure de potassium. Ces déterminations ont dû être faites par l'interféromètre. L'ammoniaque dissous dans l'eau pénètre la peau, mais seulement en très petite quantité. Toutes ces expériences ont été faites sur l'homme. Tous les narcotiques de la série grasse, que nous avons employés dans nos expériences, pénètrent la peau, et on peut constater leur présence dans l'air expiré et souvent même effectuer, par cette méthode d'application, une action narcotique,

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Avec le tétrachlorure d'éthane on a même pu provoquer en dix à vingt minutes une narcose complète chez des lapins ; une application plus prolongée tue ces animaux. On ne peut obtenir de telles actions qu'avec des produits dont le point d'ébullition est supérieur à 80°. Le camphre, appliqué sous forme d'huile camphrée, de vin camphré ou d'alcool camphré, pénètre la peau humaine et on le retrouve facilement dans l'air de l'expiration. Certains anesthésiants locaux, comme la cocaïne, la percaïne, etc., pénètrent la peau, mais en trop petite quantité pour pouvoir provoquer une insensibilité totale. Une résorption du mercure par la peau se fait facilement quand on l'applique sous forme d'« unguentum cinereum », mais sous forme d'« unguentum hydrargyri præcipitum album » il ne pénètre que très peu. Ces constatations ont pu éclaircir plusieurs questions assez importantes, discutées depuis longtemps. Les expériences continuent.

L'asthme de l'enfant, par M. ACHILLE HAIBE (de Namur). — L'asthme de l'enfant présente un intérêt à la fois *scientifique* et *pratique*. Il n'est pas, comme celui de l'adulte, défiguré par les infections et les intoxications qui masquent le syndrome initial. Il importe, quand on l'étudie, de faire la distinction entre l'asthme du *jeune* enfant, ou *asthme infantile proprement dit*, et l'asthme du *grand* enfant, dénommé également *asthme juvénile*. Le diagnostic différentiel repose, en plus des données étiologiques, sur les symptômes cliniques, les essais biologiques et le mode d'évolution. Outre ces variétés habituelles, il en existe d'autres, moins fréquentes, telles que l'asthme nasal à épine mécanique, l'asthme endocrinien, l'asthme tuberculeux, les asthmes sensibilisés aux allergènes extérieurs.

La bactériothérapie (auto-vaccins et antivirus correspondants) constitue le traitement de choix. Cette methode agit sur les facteurs inflammatoires. Elle doit être réservée aux seuls cas où on découvre des antécédents naso-pulmonaires ayant créé une épine microbienne à l'un des étages de l'arbre aérien. Appliquée précocement, avant l'ère des complications, elle donne des résultats, rapidement favorables dans 80 p. 100 des cas ; ces résultats, confirmés par les médecins qui en ont fait l'essai, sont d'autant plus intéressants que cette forme d'asthme infantile se révèle particulièrement rebelle, tendant à empiéter sur l'âge adulte.

La bactériothérapie fournit la dose curative additionnelle qui hâte l'heure de la guérison et préserve l'enfant des débilitations organiques susceptibles de l'handicaper dans son développement physique et intellectuel.

Les gliomes du cerveau, par M. PUUSEPP (de Tartu). — Il est actuellement impossible d'établir un diagnostic exact de la nature d'une tumeur.

Une intervention opératoire radicale ne peut être exécutée avec succès que lorsqu'il s'agit de kystes et de gliomes délimités, facilement extirpables.

Lors de gliomes diffus, seule l'extirpation de la tumeur avec les parties adhérentes de la substance cérébrale saine peut aboutir à un résultat satisfaisant, tandis que tout essai d'ablation partielle de la tumeur ne sert qu'à intensifier l'activité de la partie de la tumeur restée en place et à provoquer une récidive hâtive.

Une trépanation de décompression donne dans les cas ci-dessus les résultats les plus favorables.

Dans tous les cas de tumeurs cérébrales, quelle que soit leur nature, il est indispensable d'opérer aussitôt que possible ; ce principe est d'une importance primordiale surtout quand il s'agit de gliomes diffus, étant donné qu'avec une tumeur encore petite, moins de tissu cérébral doit être sacrifié lors de son extirpation, ce qui réduit au minimum les troubles fonctionnels ultérieurs.

Dix ans de consultation contre la stérilité conjugale à Lariboisière, par le professeur DEVRAIGNE (de Paris). — L'auteur expose dans sa conférence sa pratique de dix années de consultation pour les femmes dites stériles en la Maternité de Lariboisière. Il y pensait déjà depuis trois ans, mais hésitait à cause de la nouveauté de la chose ; enfin, en octobre 1925, il obtient de l'Administration de l'Assistance publique l'autorisation d'ouvrir cette consultation. Deux affiches l'annonçaient sur les murs de l'hôpital : les femmes ne tardèrent pas à répondre à l'appel : plus de 3.500 y sont inscrites à l'heure actuelle, venant de Paris et de tous les coins de la France.

On a plaisanté l'auteur aux premiers jours de sa consultation ; le temps a fait son œuvre de persuasion ; dans toutes les Maternités de Paris il y a maintenant des consultations semblables. Les résultats ? ils furent d'abord bien modestes ! ils sont maintenant très encourageants, puisqu'ils dépassent légèrement 20 p. 100, et à coup sûr des résultats positifs nous restent inconnus, des femmes menant ensuite leur grossesse en banlieue ou en province sans nous en faire part.

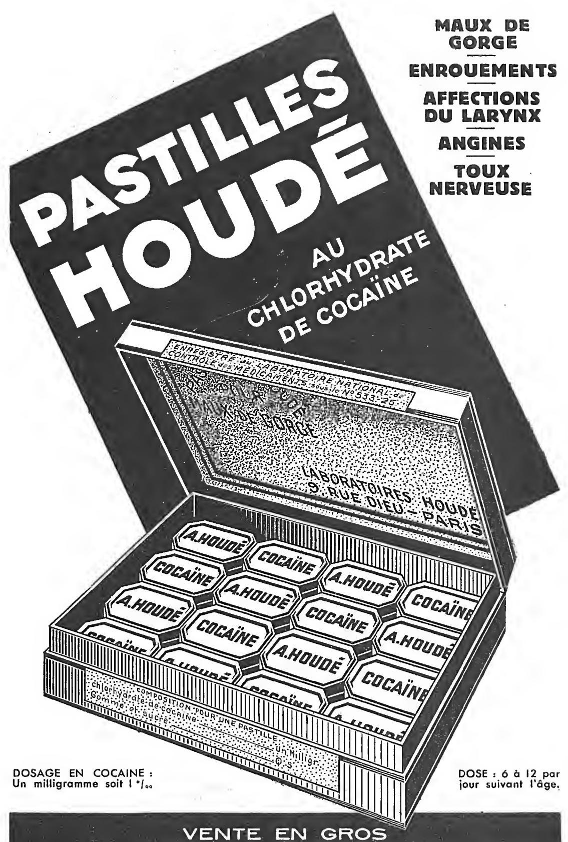
Il faut souhaiter la multiplication de ces consultations dans toutes les grandes villes, et surtout la création de centres de recherches bien outillés, nationaux ou municipaux, pour y avoir de nombreux sujets, pouvoir y faire toutes les recherches, toutes les études nécessaires pour diminuer la stérilité conjugale involontaire alors que la stérilité volontaire prend une place si importante dans le fléau qui menace la race blanche : la dénatalité.

La malaria chez l'enfant, par le professeur R. JEMMA (de Naples). — La malaria de l'enfant est une entité morbide nettement distincte de la malaria de l'adulte ; elle en diffère par son développement, son décours, sa symptomatologie. Elle lui ressemble cependant par la possibilité d'échapper facilement au diagnostic toutes les fois que ses symptômes ne sont pas recherchés et envisagés sous un aspect différent de celui qu'on est habitué de voir chez l'adulte. On recherchera spécialement chez le nourrisson la présence des syndromes tumultuaires ou atypiques, faciles à déceler, ainsi que la présence du parasite dans le sang. Quand une telle recherche n'est pas possible, la nécessité d'un traitement thérapeutique spécifique s'impose même quand le diagnostic n'est pas certain. Ce traitement revêt de plus une importance particulière pour les complications qui peuvent s'ensuivre.

Les mesures prophylactiques sont enfin particulièrement intéressantes; en raison même de la facilité avec laquelle les enfants échappent au diagnostic et au traitement, l'enfance devient un des principaux réservoirs de la maladie.

Par contre, il n'y a rien de très spécial à signaler en ce qui concerne le traitement ; à part toutefois la grande tolérance des enfants pour la quinine et l'indication de la cure sanatoriale.

La voie artérielle dans le diagnostic des tumeurs et la



PASTILLES HOUDÉ
AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE
MAUX DE GORGE
ENROUEMENTS
AFFECTIONS DU LARYNX
ANGINES
TOUX NERVEUSE
ENREGISTRÉ au LABORATOIRE NATIONAL de CONTRÔLE des MÉDICAMENTS sous le N° 533-25
MAUX DE GORGE
LABORATOIRES HOUDÉ
9, RUE DIEU _ PARIS
A.HOUDÉ
COCAÏNE
COMPOSITION POUR UNE PASTILLE
chlorhydrate de cocaïne .... Un Milligr.
Gomme et sucre .... Q.S.
DOSAGE EN COCAINE :
Un milligramme soit 1 °/₀₀
DOSE : 6 à 12 par
jour suivant l'âge.
VENTE EN GROS
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

thérapeutique des infections, par le professeur REYNALDO DOS SANTOS (de Lisbonne). — *Au point de vue thérapeutique*, la voie artérielle employée d'abord par Goyanes (Madrid), puis, et dans des cas de tétanos, par Leriche, reprise grâce aux travaux sur l'artériographie par moi-même, soit dans les infections des membres (arthrites, phlegmons, ostéomyélites, synovites, etc.), étendue par l'injection intracarotidienne aux méningites et par un de mes élèves S. Ramos à la maladie du sommeil et coma paludique, soit enfin, grâce à la ponction de l'aorte, réglée par nous, à plusieurs infections abdominales, appendicites, annexites et pelvipéritonites, infections hématogéniques rénales et pararénales, hépatites, abcès sous-phréniques, etc.

Non seulement la voie est moins toxique que la voie veineuse, mais elle est plus directe, et l'action antiseptique sur les tissus plus concentrée, l'effet plus rapide, souvent impressionnant.

Au double point de vue sémiologique et thérapeutique, la voie artérielle est déjà assez riche de résultats cliniques acquis et féconds en promesses d'avenir, pour mériter d'entrer dans la pratique courante.

Valeur des tests cardio-vasculaires dans l'appréciation de l'aptitude à l'exercice physique, par M. LOUIS MERKLEN (de Nancy). — Depuis assez longtemps aussi, toute une série d'auteurs ont entrepris d'apprécier à l'aide des modifications ainsi apportées au rythme cardiaque et à la pression artérielle soit par des changements de position du corps, soit par des exercices physiques d'intensité et de durée données, soit par une combinaison des uns et des autres, l'aptitude « cardiaque » du sujet examiné.

Ces *épreuves d'aptitude fonctionnelle du cœur* connurent, au début du présent siècle, une ère de prospérité ; mais elles étaient, peu avant la guerre, sévèrement critiquées. Les nécessités militaires leur donnèrent pour un temps un regain de vie, notamment en France, en Angleterre et aux Etats-Unis ; dès ce moment cependant, les détracteurs ne manquèrent pas, et presque aussitôt après la paix le silence se fit à nouveau à leur sujet.

Deux de ces épreuves, celles de Lian et de Schneider, nous ont pourtant paru être supérieures aux autres et ne mériter nullement le discrédit dans lequel elles sont tombées, pourvu toutefois qu'à l'exemple des auteurs américains on les envisage plus comme des *critères d'aptitude générale* que comme de véritables épreuves fonctionnelles *cardiaques*.

Ceci n'est pas pour diminuer leur valeur, à une époque où dans tous les domaines (armée, industrie, écoles, sociétés d'éducation physique et de sport, et toutes branches de la médecine préventive et sociale) se fait de plus en plus sentir la nécessité de la *détermination de l'aptitude fonctionnelle générale et des capacités de « rendement » des individus*.

Tant que n'aura pas été découvert le critère rapide et indiscutable qui nous fait encore défaut, les épreuves de Schneider et de Lian nous semblent de nature à pouvoir, de ce point de vue, compléter très utilement les examens par les procédés cliniques habituels.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Maladie de Nicolas-Favre. Poradénolymphite suppurée bénigne, par le professeur Joseph Nicolas (de Lyon). — La maladie décrite en 1913 par MM. Nicolas, Favre et Durand sous le nom de *lymphogranulomatose inguinale subaiguë à foyers purulents multiples intraganglionnaires d'origine génitale et vénérienne* et désignée couramment aujourd'hui sous le nom de *maladie de Nicolas-Favre*, a reçu aussi différents autres noms : *poradénolymphite suppurée bénigne à forme scepticémique* (Ravaut, Baulin et Rabeau); *ulcère vénérien adénogène, chancre et bubon poradénique* (Bory). *L'ancien bubon climatique des pays chauds* doit être bien identifié (Favre), et de ce fait la nature de ce bubon climatique jusque-là indéterminée a été démontrée être aussi de nature vénérienne, ce dont on conçoit l'importance au point de vue de la prophylaxie.

Dès leur premier mémoire, MM. Nicolas et Favre ont bien établi qu'il ne s'agissait ni d'adénopathie tuberculeuse, ni d'adénopathie chancrelleuse, ni d'adénopathie syphilitique, ni d'adénopathie suppurée banale ou paludéenne, comme on l'avait cru jusqu'à eux, soit pour les formes observées dans nos pays, soit pour les bubons climatiques des pays chauds, mais bien d'une adénopathie spécifique, infectieuse et contagieuse, à agent pathogène encore inconnu, appartenant probablement au groupe des ultra-virus.

Cette autonomie, cette spécificité, d'abord vivement battue en brèche, fut corroborée en 1925 par la découverte de l'*intradermo-réaction de Frei*, puis par l'inoculabilité intracérébrale en série sur le singe par Hellerström et Wasser, enfin par la reproduction d'une adénopathie caractéristique chez l'homme par inoculation intradermique sous-préputiale chez l'homme d'une émulsion de cerveau d'un singe inoculé sept jours auparavant avec du virus lymphogranulomateux ayant déjà subi douze passages sur le singe (Levaditi, P. Lépine et Marie, 1931).

L'intradermo-réaction à l'antigène de Frei a permis de découvrir (Frei et Alice Koppel) les *formes ano-génito-rectales*, représentées par le syndrome ano-génito-rectal de Jersild (rétrécissements ano-rectaux, ano-rectites simples, ano-rectites sténosantes et proliférantes, formes éléphantiasiques, ano-génito-rectales fistulisées ou non, esthiomène vulvaire).

Les vaccinations contre le typhus exanthématique au Maroc, par M. Blanc (Casablanca). — *La méthode appliquée au Maroc.* — Actuellement, le vaccin utilisé est préparé avec des organes virulents de cobayes : rate, vaginales et surrénales. La dilution finale est de 1 p. 2 000. Cette dilution est biliée au vingtième et, après un quart d'heure de contact, utilisée comme vaccin. La dose est de 1 centimètre cube de virus bilié, inoculé dans le deltoïde.

Actuellement, plus de 20 000 indigènes marocains ont été vaccinés. Le plus souvent, ils l'ont été sans qu'un épouillage méthodique ait pu être pratiqué.

Les résultats de cette vaccination ont, jusqu'à présent, confirmé ce qu'on était en droit d'attendre des expériences qui l'avaient précédée. Le typhus a disparu des douars vaccinés. Ces résultats ont été particulièrement concluants

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

à l'occasion de deux grandes séries de vaccination : l'une à Petitjean, dans le Gharb, l'autre à Ben Ahmed, dans la Chaouia. La premiere vaccination a porté sur plus de 8 000 indigènes, la seconde sur plus de 9 000. Elle fut appliquée aux hommes, aux femmes et aux enfants.

L'observation épidémiologique, d'accord avec les expériences de laboratoire, a montré qu'avant l'immunité proprement dite s'établissait un état de prémunition dès le quinzième jour qui suivait l'inoculation vaccinale.

Le traitement d'entretien dans l'anémie pernicieuse, par F. VAN GOIDSENHOVEN (de Louvain). — Un traitement substitutif permanent et suffisant prévient toujours les rechutes d'anémie, il prévient habituellement les manifestations nrveuses ; lorsque celles-ci préexistent, le traitement antipernicieux les guérit ou les améliore dans une notable proportion.

Les malades soumis à un traitement irrégulier et insuffisant sont par contre grandement exposés à des rechutes d'anémie et plus encore à des troubles nerveux graves. C'est pour ce motif qu'il est souhaitable de protéger ces malades contre leur propre négligence en multipliant les centres hématologiques, destinés à les surveiller et à les guider dans leur traitement antipernicieux.

Maladies professionnelles causées par les rayons X et par les substances radio-actives, par Mme SIMONE LABORDE (de Paris) et le professeur J. LECLERCQ (de Lille). — Les rayons X et les substances radio-actives sont susceptibles de provoquer l'apparition, chez ceux qui sont appelés à les manipuler au cours de leur travail, des lésions d'ordre et d'importance variables.

Ces faits ont été signales quelques annees à peine après la découverte des rayons X par Rœntgen en 1895 et du radium par M. et Mme Curie en 1898. Malgré les moyens de protection mis en œuvre, ils ont tendance à se multiplier par suite de l'emploi toujours plus fréquent en médecine et dans l'industrie des rayonnements ainsi obtenus.

Les différents Etats d'Europe et d'Amérique, particulièrement industrialisés, ont prévu des *dispositions législatives* permettant d'indemniser les ouvriers, les employés, les ingénieurs, les physiciens, les techniciens, les infirmières et les assistants, qui peuvent être ainsi atteints. Les médecins, auxquels ne s'appliquent pas ces lois, sont,en réalité, les victimes les plus nombreuses des radiations.

Les *lésions* provoquées par les rayons X et par les substances radio-actives sont localisées, soit sur les téguments, soit au niveau des tissus profonds.

Les radio-dermites aiguës et surtout chroniques sont les plus fréquentes et les plus connues. Elles peuvent aboutir à des altérations profondes de la peau et à une évolution cancéreuse.

On peut rapprocher de ces *cancers des radiographes*, les *cancers pulmonaires* constatés chez les ouvriers occupés à l'extraction et à la manipulation des minerais radifères.

Parmi les lésions profondes, il faut surtout signaler les *altérations du sang et des organes hématopoiétiques*, caractérisées soit par une anémie aplastique du type pernicieux avec leucopénie, soit plus rarement par une leucémie myéloïde.

Les *glandes génitales* sont aussi spécialement sensibles à l'action des rayons et peuvent être stérilisées.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Dans certaines conditions particulières du travail, se produisent les *radio-nécroses osseuses.*

Enfin, des *manifestations générales* dues à une atteinte diffuse des viscères peuvent éclore quelquefois.

Le *diagnostic médico-légal* est basé, dans ces conditions, sur la nature de la profession exercée par le sujet qui doit avoir été soumis à l'action des rayons X ou des substances radio-actives et sur les particularités cliniques des lésions ainsi provoquées.

La gravité de ces accidents nécessite, bien entendu, l'application de mesures rigoureuses de *prophylaxie.*

Le *traitement* est avant tout symptomatique.

Enfin, il résulte de ces lésions des *conséquences médico-légales*, qu'il importe de connaître, en vue de l'application des dispositions législatives actuellement en vigueur.

Contribution à l'étude des hépatites et cirrhoses expérimentales et humaines, par le professeur MILOS NETOUSEK (de Bratislava). — La conception pathogénique de la cirrhose est loin d'être complètement élucidée ; au contraire, il semble, à première vue, que la question du processus pathologique primordial est encore discutée avec la même diversité des opinions qu'elle l'était à l'époque de Charcot.

S'agit-il, dans le développement de la cirrhose humaine, d'une hépatose ou bien d'une hépatite ? Est-ce la lésion dégénérative de la cellule hépatique qui constitue l'élément pathologique primitif, ou est-ce une lésion des parois capillaires, une inflammation ? Telle est la question qu'il faut résoudre.

L'école française, avec le professeur Fiessinger et les savants lyonnais Noël et Martin, a étudié avec les moyens les plus spécialisés de la technique histologique moderne l'architecture de l'élément noble du tissu hépatique, c'est-à-dire de la cellule hépatique ; en suivant l'argumentation et la documentation de l'œuvre de Guy Albot, monographie éditée en 1931, on devient partisan de la théorie omnitissulaire suivant laquelle une cirrhose doit être considérée comme une intrication des processus parenchymateux et purement mésenchymateux, la prédominance de la lésion épithéliale ou conjonctive étant tout à fait accidentelle.

Les auteurs allemands, surtout Roessle, se rangent plutôt à la conception mésenchymateuse. La cirrhose n'est pas une maladie du foie, elle est une maladie générale du mésenchyme de tout l'organisme. Ce qui est indispensable pour le terme de cirrhose, c'est l'hépatite, c'est-à-dire une vraie capillarite évoluant vers les stades inflammatoires chroniques avec prolifération conjonctive et même cicatricielle.

Les recherches personnelles de l'auteur ont montré, tout d'abord, l'existence incontestable d'une hépatite aiguë diffuse qui n'a pu être dépistée que par l'examen systématique de cas observés dans le service. L'auteur a pu ainsi découvrir à plusieurs reprises le tableau histologique classique de la lésion capillaire intralobaire accompagnant soit une septicémie puerpérale, soit un foyer septique intrathoracique, abcès ou gangrène des poumons, plévrite purulente, etc. (Projection de microphotographies.) On n'oserait affirmer qu'il s'agit d'un cas évolutif d'une vraie cirrhose, car les étapes initiales de la cirrhose humaine échappent le plus souvent à l'examen anatomique.

Dans les études expérimentales des hépatites toxiques, l'auteur, incité par la discussion qui a suivi, en 1931, la conférence du feu professeur Vaquez dans la Société d'hématologie de Paris, employa exclusivement la phénylhydrazine.

La plupart des auditeurs ayant douté de l'innocuité de cette substance vis-à-vis des organes parenchymateux, surtout du foie et des reins, l'auteur a résolu de faire une série d'expériences personnelles. Il a employé des cobayes, des lapins, des chiens, des souris blanches et des rats ; les fragments hépatiques ont été étudiés soit en coupes à congélation, soit après inclusion à la paraffine.

Dans l'intoxication des cobayes, des lapins, des rats et des souris blanches, l'auteur a trouvé une dégénérescence plus ou moins accentuée des cellules hépatiques avec foyers nécrotiques, tandis que les phénomènes inflammatoires étaient très réduits : amas lymphocytaires dans les espaces porto-biliaires, réaction des vaisseaux sanguins et de cellules de Kupffer insignifiante. Cette réaction minimale du mésenchyme hépatique était surtout marquée chez les souris et rats, dont la structure dense du lobule hépatique semble très peu disposée aux réactions conjonctivo-vasculaires.

Un tableau tout à fait différent fut obtenu dans les expériences pratiquées sur les chiens. Cet animal montre, au cours de l'intoxication phénylhydrazinique, une hyperplasie considérable de cellules de Kupffer avec hyperémie marquée des espaces intertrabéculaires et amincissement des éléments parenchymateux. L'auteur a pu ainsi provoquer chaque fois une capillarite spécifique intralobulaire, soit par intoxication aiguë, soit par administration prolongée de doses toxiques de phénylhydrazine : 1 centigramme par kilogramme de poids.

Le nombre des cas observés est trop restreint pour permettre à l'auteur de se former une idée définitive sur le pouvoir cirrhogène de la phénylhydrazine. Mais ce poison est, en tout cas, un agent angio-hématotoxique qui semble capable de produire, au niveau du foie, des altérations spécifiques de l'hépatite aiguë ou subaiguë diffuse avec signes histologiques d'une vraie capillarite. Les études ultérieures pourront seules montrer s'il s'agit là d'une étape évolutive de la cirrhose ou non.

Crises nerveuses. Conceptions classiques nouvelles et leur déduction, par le professeur J.-A. BARRÉ (de Strasbourg). — Le professeur Barré montre ensuite, par toute une série d'exemples, combien sont variées dans leur forme les crises nerveuses, et sous quelle incidence de vue il est bon de se placer si l'on veut reconnaître facilement que la crise qui se déroule ou que l'on vous dépeint avec une précision suffisante, se rapporte à la mise en suractivité des centres préfrontaux, frontaux, pariétaux, temporaux, des corps striés, etc., etc.

Il rappelle les moyens proposés pour provoquer des crises et en faciliter l'observation précise.

Il montre encore que, dans le domaine des crises nerveuses, se trouve abondamment vérifiée cette idée, qu'il défend depuis des années et qui a reçu consécration en plusieurs chapitres de la neurologie, à savoir : Toute manifestation clinique traduit la cause spéciale en jeu ; il existe un rapport étroit entre la forme particulière d'un signe ou d'un syndrome et le facteur pathologique qui l'a engendré. *Il y a autant de formes de crises que de causes*

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

différentes (soit par leur localisation, soit par leur nature).

Sans doute cette conception complique aujourd'hui le problème des crises nerveuses ; sans doute elle mène d'abord, en morcelant une question qui était simple, à une certaine complexité. Mais le médecin doit se souvenir que la réalité pathologique est en elle-même infiniment variée dans ses formes et qu'elle supporte mal les vues schématiques et simplistes que l'on a voulu lui appliquer.

Etude sur l'allergie vaccinale, par M. P. Gastinet, (de Paris). — L'auteur résume en cette conférence quelques-unes des recherches qu'il poursuit depuis de nombreuses années sur le problème biologique de l'allergie vaccinale.

Il rappelle d'abord les distinctions fondamentales posées par von Pirquet sur les caractères cliniques des vaccinations et des revaccinations et il définit la *réaction précoce*, la *réaction accélérée*, la *réaction hyperergique*.

Aux dispositions acquises par un sujet vacciné pour réagir à une nouvelle dose de virus, répond le terme d'*allergie*.

Pirquet expliqua le phénomène allergique par le jeu de deux types d'anticorps, les uns disparaissant très vite, les autres, *ergines*, donnant naissance, lors d'une seconde inoculation, à un produit nouveau, l'*apotoxine*, qui déterminerait la *réaction précoce*. Pour Pirquet, l'allergie est le témoignage de deux processus associés d'immunité et de sensibilisation.

Les réactions humorales du sujet vacciné décèlent plusieurs types d'anticorps ; d'une part, ceux fixant l'alexine, et d'autre part ceux créant le pouvoir virulicide du sérum ont été étudiés comparativement par Gastinet il y a vingt-cinq ans, dans leurs rapports avec les différents modes de vaccination expérimentale et avec les aspects des lésions revaccinales humaines.

L'auteur a vérifié qu'il existe aussi un parallélisme étroit entre le pouvoir virulicide et la réaction décrite par Brokman, Bussel et Mayzner.

Constater de telles réactions humorales chez un sujet qui réagit allergiquement, soulève le problème des relations entre l'*allergie* et l'*immunité*.

Faut-il admettre que le phénomène allergique est dépendant, en quelque mesure, de l'état réfractaire acquis ? Pour aborder le problème, l'auteur avec Reilly et Mortier a cherché à dissocier le pouvoir immunogène du vaccin, de sa fonction antigénique. Il expose l'ensemble de ses expériences, montrant surtout :

1° Que les animaux préparés avec du *vaccin tué* peuvent acquérir le pouvoir virulicide, tandis que leur sérum provoque le phénomène de Brokman, et *cela en dehors de l'immunité de l'animal.*

2° Que l'hypersensibilité vis-à-vis de l'antigène vaccinal peut être réduite par une désensibilisation.

Tous ces motifs amènent à considérer l'allergie comme un phénomène de sensibilisation spécifique vis-à-vis des constituants antigéniques du vaccin. L'état d'allergie se superpose à la production de l'immunité, mais en reste indépendant. Celle-ci nécessite, pour se constituer, l'introduction dans l'organisme d'un virus vivant et son contact avec les cellules sensibles.

Ainsi *immunité* et *sensibilisation allergique apparaissent comme les deux aspects distincts mais non opposables d'un processus histogène.*

Derrière celui-ci, l'auteur se demande s'il ne faut pas prévoir un certain rôle qui serait dévolu au *système neuro-végétatif*, rôle qui permettrait sans doute d'interpréter les expériences de Gratia sur l'hétéro-allergie hémorragique.

Les ictères par obstacle fonctionnel (Spasme réflexe du sphincter d'Oddi), par M. I. Pavel, (de Bucarest). — La pathogénie des ictères, dans la forme couramment admise par les classiques, est loin de satisfaire le clinicien. Si on analyse de près cette question, on se rend compte qu'en dehors des ictères par obstacle mécanique et des ictères hémolytiques qui, eux, sont bien définis par les caractères cliniques et anatomiques, il existe une très grande incertitude en ce qui concerne la pathogénie des autres. Parmi ceux-ci, nous avons isolé, avec le professeur Nanu-Muscel, une catégorie d'ictères (qui peuvent être très prolongés) dus au spasme réflexe du sphincter d'Oddi. La cause du réflexe qui entretient le spasme est souvent difficile à identifier. Pourtant, dans un certain nombre de cas nous avons réussi à la diagnostiquer avec forte probabilité. La symptomatologie de cette catégorie d'ictères, dont la pathogénie a été déjà adoptée par un certain nombre d'auteurs (v. Haberer, Chabrol, Brocq et Porin, Weill, Kirschner, Desmaret, Picot) s'appuie surtout sur l'exploration de l'excrétion biliaire à l'aide du tube d'Einhorn. Cette exploration permet la constatation des symptômes objectifs suivants :

a. La reprise ou la suspension de l'écoulement biliaire et de la coloration ou de la décoloration des matières suivant qu'intervient ou non une séance de drainage médical. La répétition de ce dernier doit amener, après un certain nombre de séances, la disparition évidente de l'ictère cutané ;

b. La réduction complète du symptôme ictère au cours d'un complexus morbide (par exemple coexistence d'ictère et de fièvre) par le drainage médical et la reprise possible de l'ictère après cessation des séances de tubage duodénal ;

c. La cessation possible de l'écoulement biliaire et la recoloration du malade à la suite d'une frayeur malgré la continuation des séances de drainage.

Il y a d'autres symptômes de moindre importance susceptibles de nous mettre sur la voie du même diagnostic :

d. La réussite variable du sondage duodénal. La sonde peut arriver facilement dans la deuxième portion du duodénum dans une première séance, mais elle n'arrive pas à passer dans une séance ultérieure ; d'autres fois la sonde est rejetée dans l'estomac au moindre incident et ce à plusieurs reprises dans la même séance ;

e. Etat spasmodique du duodénum constaté à la radiologie.

Ces deux derniers signes, qui traduisent l'irritabilité locale et la tendance au spasme dans la région de l'ampoule de Vater, ont l'avantage de ne pas demander trop longtemps pour les recherches. Ils ont néanmoins besoin de vérification à l'avenir.

f. Il y a un symptôme négatif qui consiste à écarter les ictères hémolytiques, par obstacle ou enfin par hépatite.

g. Au point de vue clinique, on peut supposer un ic-

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

tère comme étant dû au spasme du sphincter d'Oddi quand, tout en durant depuis longtemps, l'état général n'a pas été atteint sensiblement, quand la jaunisse présente des variations d'intensité, quand la bilirubinimétrie ne montre pas une trop grande intensité de la rétention pigmentaire, quand enfin la décoloration des matières fécales, bien que très intense, n'est pas absolue.

La lésion inflammatoire ou autre qui entretient par voie réflexe le spasme du sphincter d'Oddi est généralement difficile à diagnostiquer. Dès la publication de notre première observation nous avons circonscrit au cholédoque, au duodénum et à la tête du pancréas les régions pouvant entretenir par leur inflammation le spasme dudit sphincter. Nous avons ajouté depuis la lymphangite consécutive à l'inflammation d'un organe plus éloigné, comme la vésicule.

Cette évolution dans les idées concernant la pathogénie des ictères n'a pas uniquement un intérêt doctrinal, mais présente aussi des conséquences pratiques. Sans parler de l'effet du drainage médical, nous rappellerons le rôle important que la chirurgie est appelée à jouer dans ces cas. Quand on a vu un malade souffrant depuis de longs mois d'une jaunisse, être soulagé une vingtaine de jours après une intervention chirurgicale, on ne peut que regretter la réserve et la crainte de l'intervention dans les ictères non dus à un obstacle mécanique. Le véritable problème, dans ces cas, est de bien choisir la tactique opératoire.

Infarctus de l'intestin par choc d'intolérance, par M. le professeur Raymond Grégoire (de Paris). — L'expérimentation nous a permis de reproduire les phénomènes cliniques et les lésions anatomiques de l'infarctus intestinal et même aussi d'en obtenir la rétrocession par une médication anti-choc. Il nous paraît donc justifié de dire aujourd'hui que parmi les infarctus appelés il y a quelques mois encore infarctus « inexpliqués », il en existe un certain nombre, tout au moins, qui relèvent d'accidents de choc d'intolérance.

La nature des accidents n'est pas, comme on l'a dit, un spasme des petits vaisseaux, mais bien au contraire un relâchement des capillaires, ou si l'on préfère, l'asystolie de ces capillaires. Ceux-ci agissent normalement comme une sorte de cœur périphérique « chargé de débiter continuellement la quantité de sang que distribue le moteur central qui est le cœur ». Les insuffisances surrénales aiguës, les grandes infections, les intoxications, les grandes commotions nerveuses ou anaphylactiques, disent Laubry et Tzanck, réalisent à des degrés variables cette asystolie du cœur périphérique. En un mot, cette asystolie est la conséquence d'une paralysie des vaso-moteurs par atteinte du système neuro-végétatif.

De nombreux travaux, tous inspirés des recherches de Reilly et de ses collaborateurs, sont venus confirmer cette tendance hémorragique produite par excitation des splanchniques et des plexus abdominaux.

Une théorie nouvelle en pathogénie conduit bien souvent à une orientation différente en thérapeutique.

Si les apoplexies hémorragiques viscérales sont la manifestation d'un choc d'intolérance, le médecin ou le chirurgien qui les observe doit se demander d'abord : quelle est l'importance et la gravité du choc général de l'organisme ; ensuite, quel est le degré des lésions provoquées sur l'organe atteint.

Le traitement se présente donc avec une *double urgence* : traiter immédiatement les manifestations du choc ; vérifier immédiatement les altérations de l'intestin touché. La médication générale du choc doit donc être nécessairement associée et concomitante au traitement local de l'intestin. En même temps que l'on pratiquera une laparotomie et qu'on vérifiera le diagnostic d'infarctus, on injectera sous la peau de l'adrénaline.

Si les lésions sont peu prononcées et que sous l'influence des médications antichoc elles s'améliorent sous les yeux de l'opérateur, il est logique de refermer l'abdomen. Nous avons publié un certain nombre d'exemples qui montrent que la guérison peut se faire, rapide et définitive.

Si les lésions sont irrémédiables et la vitalité de l'anse à jamais compromise, la résection s'impose comme une nécessité. Enfin, si l'anse est gravement infarcie sans que la gangrène soit évidente, il serait excessif de réséquer, il serait imprudent de rentrer l'anse malade. L'extériorisation devient une ultime ressource.

Toutes ces propositions peuvent convenir à un cas d'infarctus de longueur limitée, mais le bon sens ne peut plus les accepter en cas d'infarctus très étendu. On comprend alors la conduite des chirurgiens qui, devant de telles lésions, ont sans espoir refermé l'abdomen et eurent parfois la surprise de voir leur malade guérir contre toute attente.

Vitamines C et troubles mentaux. — M. G. Vermeylen (Bruxelles).

Du réveil de la primo-infection tuberculeuse sous l'influence d'une syphilis primo-secondaire intercurrente. — M. le professeur Ramel (de Lausanne).

Les purpuras et les phénomènes hémorragiques. — MM. E. Renaux et Alechinsky (de Bruxelles).

La précarence en vitamines C, sa détection. — M. Demole (de Lausanne).

Perméabilité et perméabilisation vasculo-méningo-encéphalique. — M. Le Fèvre de Arric (de Bruxelles).

La pathogenèse des bourdonnements d'oreilles en apparence « essentiels ». — M. D. Van Caneghem (de Bruges).

Les éléments nerveux dans la vie des scléroses. — M. J. Dechaume (de Lyon).

Insuffisance rénale fonctionnelle. — M. C. Jimenez Dias (de Madrid).

Thérapeutique médico-chirurgicale de l'ulcus peptique jéjunal. — M. A. Weiss (de Strasbourg).

F. L. S.



REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

IXe CONGRÈS DES SOCIÉTÉS D'OTO-NEURO-OPHTALMOLOGIE

(*Lyon*, 29-31 *mai* 1936).

Les arachnoïdites de la base du cerveau.

Rapport présenté par : MM. H. et R. BOURGEOIS, M.-J. LAPONGE (Otologie), H. ROGER et P. COSSA (Neurologie), P. CARLOTTE (Ophtalmologie), Cl. VINCENT, PUECH et BERDET (Neuro-chirurgie).

En présence de faits cliniques très disparates, ceci étant dû à ce que les divers spécialistes ne voient pas les mêmes malades, et aussi à ce que les accidents reconnaissent des causes variables, il importait d'abord de délimiter le cadre des arachnoïdites. C'est surtout sur les données anatomo-pathologiques que l'on peut baser la notion de l'arachnoïdite, issue du démembrement de l'ancienne méningite séreuse, concept beaucoup trop large.

Deux faits dominent l'anatomo-pathologie de l'affection : 1° sa localisation élective à certaines régions où le feutrage est plus dense (région des lacs en particulier) ; 2° la propriété que possède l'arachnoïde de présenter un processus inflammatoire évolutif alors que l'infection causale est depuis longtemps guérie.

Si on peut rejeter du cadre des arachnoïdites les hydrocéphalies aiguës, en particulier otitiques, les méningites séreuses généralisées, il faut y faire entrer d'abord les arachnoïdites opto-chiasmatiques, celles qui atteignent la fosse postérieure et les formes à localisations multiples. Il faut y ranger aussi les hydrocéphalies intraventriculaires et même celles de la fosse postérieure lorsqu'elles sont causées par un processus d'arachnoïdite obstructive, ou lorsqu'il y a participation d'arachnoïdite locale.

Au point de vue anatomique, si l'arachnoïde est décrite diversement suivant les auteurs, tout le monde accepte aujourd'hui la notion d'espace arachnoïdien et non sous-arachnoïdien. L'espace cloisonné doit être etudié dans les diverses régions : citerne cérébello-médullaire, système médian de la base qui comprend :

Le lac pontique ;

Le lac interpédonculaire ;

Le lac chiasmatique, en communication avec le lac sylvien.

Pour compléter cette étude, il faut préciser les rapports avec le parenchyme nerveux et le sang circulant d'une part, avec les cavités de la face et les systèmes lymphatiques des fosses nasales et du cavum d'autre part. Ces notions anatomiques parfaitement définies permettent d'entrevoir le rôle, d'une part, des affections générales neurotropes ou banales, d'autre part des traumatismes et des affections des cavités de la face, dans la genèse des arachnoïdites, mais on devra toujours se souvenir que l'infection causale est souvent terminée lorsque l'affection méningée évolue pour son propre compte.

Au point de vue anatomo-pathologique, on peut distinguer :

1° A la région opto-chiasmatique, des arachnoïdites de type adhérentiel, de type atrophique et une forme kystique ;

2° Dans la fosse postérieure, outre des types absolument analogues, on peut voir l'hydrocéphalie obstructive ou diffuse avec participation arachnoïdienne.

Quant aux lésions histologiques, elles peuvent être interprétées de façons diverses par suite de la conception que chaque auteur se fait de l'individualité de l'arachnoïde.

La transmission des infections peut se faire par plusieurs voies; la voie lymphatique est particulièrement à signaler.

Symptomatologie.

1. **Arachnoïdite opto-chiasmatique.** — Les symptômes de cette affection sont essentiellement ophtalmologiques. Après une étude de chaque symptôme en particulier, un examen d'ensemble permet de décrire plusieurs types :

1° Scotome central unilatéral sans altération du fond de l'œil ;

2° Scotome central unilatéral avec pâleur de la papille du même côté ;

3° Scotome central bilatéral avec pâleur des deux côtés ;

4° Scotome central bilatéral avec stase papillaire bilatérale ;

5° Amaurose d'un côté et stase papillaire du côté opposé ;

6° Amaurose avec atrophie optique d'un côté, scotome central et stase de l'autre ;

7° Scotomes centraux et rétrécissements périphériques variés ;

8° Amaurose bilatérale sans aucune modification du fond de l'œil.

Tous ces aspects correspondent au type de syndrome chiasmatique sans tumeur de Cushing. Une modalité plus rare est réalisée par le syndrome de Föster-Kennedy (scotome central et atrophie optique d'un côté, stase papillaire de l'autre).

Il peut y avoir aussi des formes associées avec participation de troubles de la série infundibulo-hypophysaire.

Il existe enfin des types de cécité bilatérale d'emblée survenant en quelques semaines.

Le diagnostic sera orienté vers l'arachnoïdite par les notions étiologiques (infections naso-pharyngées, encéphalites, syphilis, etc.). Il faudra éliminer la névrite rétrobulbaire d'origine toxique ou infectieuse. La sclérose en plaques, le tabes et la maladie de Leber poseront parfois un problème difficile.

Enfin toutes les tumeurs hypophysaires ou suprasellaires pourront causer une symptomatologie analogue à celle qui se trouve dans le syndrome chiasmatique sans tumeur de Cushing ; l'étude des antécédents, de l'évolution et de la radiographie permettra, en général, de préciser l'origine des troubles observés.

2. **Arachnoïdites de la fosse postérieure.** — Parmi les arachnoïdites de la fosse postérieure il faut décrire les formes limitées, de symptomatologie variable suivant la localisation (angle ponto-cérébelleux, précérebelleuse, prépontique, cérébello-hémisphérique, latéro-bulbaire et du trou déchiré postérieur) ; la localisation au trou auditif a une importance particulière en otologie, car elle réalise un syndrome de Ménière. Il existe aussi des syndromes d'hydrocéphalie obstructive des trous de Luschka et Ma-

gendie, ou d'hydrocéphalie de la fosse postérieure d'évolution lente avec participation d'arachnoïdite.

Le diagnostic est souvent difficile, surtout si la notion d'otite est absente; quand celle-ci existe il est souvent délicat de distinguer l'arachnoïdite des complications infectieuses en particulier. Enfin il faut séparer l'hydrocéphalie aiguë postotitique justiciable d'une simple évacuation, des cas chroniques dans lesquels l'exérèse devient nécessaire ; ceci, bien entendu, uniquement lorsque la suppuration de l'oreille est tarie.

Thérapeutique.

1. **Arachnoïdite opto-chiasmatique.** — Il faut tout d'abord insister sur la nécessité du traitement préventif médical des arachnoïdites, en particulier sur le traitement spécifique. Si celui-ci se montre innefficace et surtout :

1º S'il y a des modifications du fond de l'œil ;

2º S'il y a baisse régulière de l'acuité visuelle ;

3º S'il y a rétrécissement progressif du champ visuel, il faut opérer.

L'exploration doit être faite par voie transfrontale droite intradure-mérienne. Si l'on trouve des lésions adhésives, ce sont des adhérences qu'il faut libérer ; si l'on trouve un kyste comprimant le chiasma, l'évacuation de ce kyste suffit souvent ; ce sont ces cas qui donnent les meilleurs résultats. Parfois enfin, les nerfs optiques apparaissent atrophiés, sans arachnoïdite vraie; il arrive que ces cas bénéficient fort bien de la simple exploration et peut-être de la simple exposition à la lumière.

Il faut ajouter que, lorsque les lésions sont plus diffuses, une trépanation décompressive sous-temporale droite doit être en outre pratiquée et que, après l'intervention, on doit continuer à traiter le malade médicalement et surtout par la radiothérapie.

Les résultats sont les suivants : bénignité habituelle de l'intervention (environ 7 p. 100 de mortalité), environ 50 p. 100 de récupération utile de la vision.

Quant au traitement des arachnoïdites de la fosse postérieure, il comporte toujours une trépanation suboccipitale et une exploration de toutes les cavités liquidiennes. Cette exploration doit être rigoureusement complète. Si l'on se trouve en face de lésions de méningite séreuse généralisée, en général l'évacuation suffit, pourvu que l'on maintienne une large ouverture de la dure-mère permettant le drainage du liquide par les muscles désinsérés. Lorsqu'il s'agit d'arachnoïdites adhésives localisées, il faut faire une exérèse des lésions. Les interventions sont habituellement bénignes et heureuses dans leurs résultats. Il n'en est plus de même lorsque l'arachnoïdite adhésive bloque l'aqueduc de Sylvius. La décompression frontale qui suit la libération (surtout l'incision du vermis) n'est pas sans danger, aussi vaut-il mieux peut-être agir à distance, et non pas sur la région bulbaire, agrandir le crâne par une décompressive pour donner de la place à l'hydrocéphalie et drainer ainsi par voie temporale.

Les auteurs ne se dissimulent pas ce que ces interventions purement mécaniques, quels que soient leurs superbes résultats, peuvent avoir d'incomplètement satisfaisant pour l'esprit.

Discussion.

M. Coppez (Bruxelles) fait remarquer que dans les compressions des nerfs optiques par les vaisseaux la dégénérescence des fibres nerveuses débute, en général, par les faisceaux centraux, tandis que dans les arachnoïdites elle débute, le plus souvent, à la périphérie des nerfs. Il observe que dans les études anatomo-pathologiques anciennes des atrophies des nerfs optiques, on ne mentionne pas l'existence de brides d'arachnoïdite; il doit pourtant en exister parfois, mais elles sont probablement détruites au cours du prélèvement de la pièce sur le cadavre.

De l'examen d'un grand nombre de faits on peut tirer la conclusion qu'un assez fort pourcentage de malades atteints d'atrophie optique pourraient bénéficier de la neuro-chirurgie.

M. Franceschetti se demande si, dans les cas suivis de guérison, et où l'exploration de la région opto-chiasmatique n'a pas montré d'adhérences, il ne faut pas invoquer un processus neuro-vasculaire pour expliquer l'amélioration. Il rapproche ceci des faits bien connus de scotomes centraux sans autre symptôme, guéris après une opération portant sur les sinus.

M. Monier-Vinard (Paris) précise les rapports des espaces arachnoïdiens avec les formations lymphatiques rétropharyngiennes. Il pense que les arachnoïdites peuvent se produire sous l'influence d'infections diverses, mais fréquemment à la suite d'une infection naso-pharyngienne.

M. Dor (Lyon) apporte une observation d'hémorragie probable du 3e ventricule d'après l'aspect des radiographies, qui s'est terminée par la guérison du malade. Il rappelle également certains faits d'hypertension céphalorachidienne guéris après l'écoulement du liquide céphalorachidien par le nez. Ces faits lui semblent devoir être rapportés à l'appui de l'hypothèse d'infection de l'arachnoïde par les voies nasales.

M. Renard (Paris) mentionne que dans certains cas de stase papillaire, après une intervention curatrice, on voit l'acuité visuelle d'un des yeux diminuer pendant quelque temps. Sans doute se produit-il, du fait de la stase, une réaction méningée périoptique qui évolue ensuite pour son propre compte. Ceci indique qu'il faut intervenir précocement et faire toujours quelques réserves en ce qui concerne le pronostic visuel lorsque l'affection est déjà ancienne.

MM. de Morsier, Ayala, Subirana.

Communications.

M. Jentzer (Genève) a étudié un certain nombre de cas d'arachnoïdite au point de vue anatomo-pathologique. Il a pratiqué des interventions en plusieurs points et fait des prélèvements pour biopsie. Sur les coupes intéressant le cortex et la méninge molle qui sont présentées, le processus inflammatoire est bien visible, ainsi que la prolifération de la glie au niveau de l'écorce cérébrale.

M. Van Gehuchten (Louvain) apporte également des coupes histologiques sur lesquelles figurent à la fois la dure-mère, les méninges molles et le cortex. Dans un cas de lepto-méningite aiguë on peut voir une véritable symphyse méningée avec développement des capillaires

autour desquels la réaction inflammatoire paraît être centrée. Sur d'autres préparations on peut suivre l'échelonnement des lésions en profondeur. Les vestiges de l'arachnoïde passent en pont au-dessus du sillon cortical comblé par la prolifération inflammatoire de la pie-mère.

MM. Bériel et Ricard (Lyon) ont suivi un cas d'arachnoïdite opto-chiasmatique à forme kystique consécutive à un érysipèle de la face : étiologie rare, mais indiscutable d'après les constatations opératoires, la réaction d'arachnoïdite s'étant propagée du sillon olfactif au chiasma. Guérison maintenue depuis plus d'un an.

MM. Bériel et Ricard (Lyon). — Dans une arachnoïdite de la fosse postérieure avec blocage du 3e ventricule, le cathétérisme de l'aqueduc de Sylvius a donné un bon résultat qu'ont confirmé les modifications de l'aspect du fond de l'œil.

M. Bériel (Lyon) : *A propos de l'oblitération de l'aqueduc de Sylvius dans les processus inflammatoires.* — Les coupes en série de l'aqueduc de Sylvius montrent comment la coalescence des parois aboutit peu à peu à l'oblitération cicatricielle par le jeu de l'épendymite. En présence de tels faits on peut se demander si les résultats obtenus par le simple cathétérisme de l'aqueduc ont des chances d'être durables.

MM. Devic et Ricard (Lyon) : *Arachnoïdite de la fosse postérieure.* — L'affection était survenue à la suite d'un lointain adéno-phlegmon du cou. Après deux interventions ayant permis de vider des cavités kystiques occupant la région du IVe ventricule, la malade se trouva très améliorée. Elle vient de temps à autre demander une simple ponction évacuatrice.

MM. David, Thieffry et Askenasy (Paris) : *Le cône de pression cérébelleux dans les affections non tumorales de la fosse cérébrale postérieure.* — A propos d'un cas d'arachnoïdite de la fosse postérieure chez l'enfant, les auteurs étudient le cône de pression cérébelleux, le prolapsus pseudo-tumoral du bulbe qu'il détermine et la production d'une hypertension artérielle paroxystique au cours des manœuvres de libération bulbo-protubérantielles.

MM. Collet et Charachon (Lyon) : *Méningites de la fosse cérébelleuse.* — Il faut insister sur les difficultés de diagnostic des méningites de la fosse cérébelleuse, dont deux observations fort différentes sont produites. La valeur des altérations du liquide céphalo-rachidien et de l'épreuve de Queckenstedt doit être discutée dans ces cas.

MM. Collet et Mayoux (Lyon), à propos du syndrome d'Eagleton, rapportent une observation dans laquelle diverses particularités prouvent qu'il s'agit réellement dans ce cas d'une inexcitabilité des canaux verticaux et non pas, comme on l'a dit, d'une hypoexcitabilité globale du vestibule.

MM. Barré et J. Masson (Strasbourg) : *Sur le traitement des arachnoïdites opto-chiasmatiques.* — Sur cinq malades opérés d'arachnoïdite opto-chiasmatique, trois n'ont retiré aucun bénéfice de l'intervention. Nos connaissances sur l'anatomie même de l'arachnoïde sont vagues et sujettes à discussion. L'arachnoïde se trouve à la frontière de deux systèmes vasculaires qui ont chacun une vitesse circulatoire très différente. Dans les arachnoïdites on rencontre très souvent de l'ischémie capillaire et de l'œdème veineux. On peut se demander si les interventions dont les résultats sont tantôt brillants, tantôt inefficaces, n'agissent pas surtout en créant une sorte de saignée à laquelle s'ajoutent des réflexes circulatoires profonds. Il semble donc indiqué aux auteurs d'avoir d'abord recours à des curettages de la muqueuse des sinus ethmoïdo-sphénoïdaux, même sains, à des interventions qui décongestionnent et provoquent sans doute des réflexes transformant la circulation intracranienne. Ce n'est qu'en cas d'échec qu'on s'adressera aux interventions par voie frontale qui offrent une gravité beaucoup plus grande.

G. Renard.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 16 juin 1936.

A propos du procès-verbal. — M. Armand-Delille signale que l'enfant qu'il avait présenté à la Société deux mois auparavant comme atteint d'une granulie compatible avec un excellent état général est décédé depuis lors d'une méningite tuberculeuse.

Malformations congénitales multiples. — M. Pichon présente un nourrisson porteur de malformations multiples : imperforation anale (qui a été opérée), syndrome de Klippel-Feil (cou court), présence à chaque main de cinq doigts ayant chacun trois phalanges, hernie ombilicale, stridor laryngé.

Ostéochondrite vertébrale et fragilité osseuse congénitale. — M. Rœderer rapporte l'observation d'une enfant de six ans et demi traitée pour une affection vertébrale considérée à Berek à l'âge de deux ans et demi comme étant un mal de Pott. L'auteur pensa qu'il s'agissait plutôt d'une ostéochondrite vertébrale : de fait, dans les radiographies ultérieures faites de six mois en six mois la vertèbre aplatie rattrapa étape par étape une forme et une calcification quasi normales.

Mais dans ces dernières années, cette enfant, qui jusqu'à ces derniers mois s'était refusée à marcher, s'est fracturée successivement deux fois le fémur droit et une fois le fémur gauche. La calcémie est normale, le phosphate du sang est à un taux un peu élevé, l'interférométrie montre une légère déficience pour l'hypophyse totale et pour la glande génitale, une activité plus grande pour la thyroïde, la surrénale et le thymus.

Il n'existe aucun antécédent héréditaire particulier, pas de sclérotiques bleues, pas de syphilis.

Au sujet des envois d'enfants en convalescence. — M. Huber, au nom d'une commission présidée par M. Lesné, présente à la Société les vœux suivants : 1° Toute proposition d'envoi d'un enfant dans une maison de convalescence ou un préventorium doit comporter une épreuve tuberculinique, et si celle-ci est positive, un examen radiographique du thorax.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

2° Il faut tenir compte de la sélection ainsi pratiquée parmi les convalescents pour grouper les enfants en catégories devant aller dans des établissements différents ou dans des divisions différentes d'un même établissement.

Les tuberculeux pulmonaires évolutifs et bacillifères doivent être dirigés sur les sanatoria. Les convalescents d'accidents qualifiés complexes primaires, de scissurite et de pleurésie doivent être affectés à des préventoria. surveillés médicalement.

Les convalescents de maladies générales ayant des cuti-réactions négatives, ainsi que les enfants à cuti-réaction positive dont la tuberculose n'est plus évolutive depuis longtemps, doivent être admis dans d'autres divisions des préventoria précédents.

Les nourrissons à cuti-réaction positive, qui sont souvent bacillifères, doivent être isolés de ceux qui ont une cuti-réaction négative.

3° Les enfants atteints de lésions dites chirurgicales doivent être soumis à l'épreuve tuberculinique et à l'examen radiologique avant de choisir leur placement.

4° Les enfants cardiaques, les rhumatisants, les poliomyélitiques avec séquelles, mériteraient d'être placés dans des établissements spécialisés où les règles d'hygiène, d'activité physique ou de rééducation qui leur conviennent pourraient être mises en œuvre.

Infantilisme dystrophique. — M. HUBER, Mlle DELON et M. THIEFFRY présentent un garçon de seize ans dont le poids et la taille sont ceux d'un enfant de douze ans ; toute origine endocrinienne ayant pu être écartée, cet infantilisme paraît pouvoir être attribué à la syphilis malgré l'inefficacité d'un traitement spécifique longtemps poursuivi.

Paralysie obstétricale d'un nerf phrénique. — MM. GOURNAY, PAREUX, ODINET et OLIVIER présentent un nourrisson âgé de deux mois qui est atteint depuis sa naissance d'une paralysie du plexus brachial gauche, d'une paralysie du nerf phrénique gauche et d'une paralysie des autres branches du plexus cervical profond du côté gauche. L'enfant est né par le siège, l'accouchement a été difficile ; toutefois, il n'a été à aucun moment exercé de tractions violentes sur le bras gauche.

L'atteinte du nerf phrénique n'a été reconnue que fortuitement au cours de l'examen radiologique motivé par les troubles digestifs graves présentés par l'enfant.

M. DEBRÉ a eu l'occasion de voir un adolescent atteint d'une paralysie d'un hémidiaphragme ; il existe dans la littérature un certain nombre d'exemples de ces paralysies congénitales du nerf phrénique associées ou non à d'autres paralysies. Leur origine est obscure : les auteurs les attribuent tantôt à une malformation, tantôt au traumatisme obstétrical.

M. GRENET a vu un cas analogue au cas présenté ; l'enfant est mort rapidement avec des convulsions et de la cyanose.

Hérédo-syphilis nerveuse à forme dysphagique. — MM. Grenet et ISAAC-GEORGES rapportent l'observation d'une fillette de six mois atteinte de vomissements incoercibles datant de huit jours environ lorsqu'elle leur fut amenée. Il s'agissait en réalité d'un état dysphagique s'opposant à toute déglutition ; l'examen laryngoscopique pratiqué par MM. André Bloch et Lemoine permit de constater l'existence d'une paralysie de la corde vocale gauche. L'examen radiologique ayant éliminé toute cause de compression récurrentielle, il fallut admettre une origine nerveuse centrale de la paralysie laryngée.

L'interrogatoire des parents et la positivité de la réaction de Bordet-Wassermann chez eux et chez l'enfant permirent de conclure à l'origine syphilitique des accidents observés.

Malgré le traitement aussitôt institué, de nouveaux symptômes apparurent : accès de suffocation avec bradypnée et tirage, paralysie bilatérale des dilatateurs du larynx, nystagmus rotatoire, paralysie du droit supérieur de l'œil gauche, et tout récemment, sept mois après le premier examen, une hémiatrophie linguale ; les symptômes laryngés et dysphagiques se sont, par contre, atténués.

Tétanie avec diplopie chez un adolescent. — M. KERMORGANT.

Sténose du duodénum. — MM. RIBADEAU-DUMAS, LONGUET et Mlle FORGEOT rapportent l'observation d'un enfant de deux ans, hypotrophique, atteint de vomissements se reproduisant par crises. L'examen radiologique ayant permis de constater une sténose au niveau de la troisième portion du duodénum, une intervention fut pratiquée : elle montra qu'il existait un pincement du duodénum avec, en outre, un volvulus de l'intestin grêle et une hernie de l'intestin dans un hiatus péritonéal. La guérison a été obtenue.

M. AIMÉ a observé des faits analogues chez un nourrisson de cinq semaines; il existait une bride au voisinage de l'angle duodéno-jéjunal, mais l'enfant ne survécut pas à l'intervention.

Encéphalite morbilleuse à type apoplectique chez un enfant de huit ans. — M. LIÈGE rapporte l'observation d'un enfant qui présenta brusquement, au quatrième jour d'une rougeole dont l'évolution paraissait normale, une crise convulsive avec hyperthermie bientôt suivie d'un coma qui se termina par la mort au bout de trente heures. L'enfant avait été traité par l'amidopyrine lactique, médication que l'auteur considère comme non seulement inutile dans la rougeole, mais encore comme susceptible de favoriser le neurotropisme du virus morbilleux.

M. GRENET considère comme des plus regrettable la publicité faite en faveur du traitement de la rougeole par une spécialité à base d'amidopyrine lactique.

M. CATHALA a observé un cas mortel analogue à celui de M. Liège ; il a eu connaissance de trois autres. Il serait important de rapporter tous les cas semblables.

M. HALLÉ a eu l'impression d'intervenir utilement dans un cas d'encéphalite morbilleuse en faisant des injections de sang de convalescent ; l'enfant a guéri. Il est vrai qu'il présente des séquelles et notamment de petits accidents comitiaux.

M. MARQUÉZY fait observer que les accidents nerveux observés dans les rougeoles hospitalières sont en général précoces ; or, dans les observations de M. Liège et de M. Cathala, la complication a été tardive : ceci permet d'incriminer le médicament utilisé.

M. CATHALA est d'avis qu'il ne faut pas fonder de trop grands espoirs sur le traitement des encéphalites infectieuses par le sérum de convalescent, qui est parfois sans action.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

M. Debré rappelle qu'il a depuis longtemps signalé l'efficacité du sérum de convalescent jusqu'au moment de l'éruption et son inefficacité ultérieure.

M. Ribadeau-Dumas considère les encéphalites, précoces ou tardives, comme nullement exceptionnelles dans la rougeole. Il n'est pas certain que la médication utilisée puisse être incriminée, mais son emploi n'est pas justifié, puisque la rougeole guérit spontanément.

De beaux résultats ont été obtenus avec le sérum de convalescent dans les encéphalites de la rougeole, mais le succès n'est pas toujours éclatant.

Cent observations résumées de primo-infection tuberculeuse chez des enfants parisiens de deux à seize ans. — M. Coffin, sur 100 cas de primo-infection tuberculeuse, a observé 25 formes latentes, 60 formes semi-latentes et 15 formes évolutives dont une seule fut mortelle.

Il a remarqué la fragilité particulière des filles à la puberté ; le rôle aggravant des maladies infectieuses n'a pas été évident.

L'auteur insiste sur le fait que les formes graves se voient surtout après des contaminations répétées, contrairement à la doctrine de l'hérédité de la tuberculose ; les contaminations extrafamiliales, à condition de rester limitées, ne provoquent ordinairement que des formes légères.

Après avoir comparé les cas étudiés avec les tuberculoses évolutives apparaissant chez des sujets ayant déjà une cuti-réaction positive, l'auteur insiste sur la nécessité de mesures prophylactiques qui doivent être rigoureusement appliquées aussi bien après qu'avant le virage de la cuti-réaction, aussi bien chez l'adolescent que chez l'enfant.

A. Bohn.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 mars 1936.

Le procès de la sacralisation. — M. Carle Rœderer nous dit que le diagnostic de la sacralisation a connu une grande faveur au moment où le syndrome de Bertolotti a été connu en France, mais déjà des maîtres s'étaient insurgés contre l'abus qu'on en faisait. Avec le recul du temps, on peut dire que trop souvent la constatation d'une sacralisation partielle et surtout de la simple hypertrophie de l'apophyse transverse de la cinquième vertèbre, même s'il y a certitude de contact avec la masse latérale du sacrum ou le tubercule iliaque, cache un autre diagnostic, comme il a été donné à l'auteur de le constater à différentes reprises (ostéites vertébrale ou sacro-iliaque, affections du petit bassin ou de l'arbre urinaire, etc.). Le vrai syndrome est rare. Quant au traitement, la proportion heureuse donnée par les statistiques en ce qui concerne l'exérèse fait penser que seuls les résultats favorables sont publiés. En pareilles circonstances, la greffe qui immobilise est peut-être préférable, à moins qu'un examen neurologique formel ne prouve la compression de la 5e racine antérieure lombaire.

Ulcère duodénal ancien. Sténose pylorique. Gastrectomie (présentation de la pièce). — M. Pierre Le Gac, à propos de cette présentation, fait un plaidoyer en faveur de la gastrectomie large, seul traitement radical de l'ulcère ou gastrique ou duodénal. Opération sans danger si on opère loin de la poussée ulcéreuse, sur un malade bien préparé.

Traitement radiothérapique des infections inflammatoires. — M. Nemours Auguste nous dit que depuis de nombreuses années les radiologistes ont noté les bons effets de la radiothérapie dans les infections inflammatoires aiguës. Ce traitement est susceptible d'amener les guérisons de certaines infections aiguës soit profondes, soit superficielles. L'auteur, après avoir fait un court résumé de l'action des rayons X dans les inflammations, mentionne les inflammations aiguës profondes qui peuvent bénéficier de ce traitement et s'est attaché surtout à montrer les bons effets de cette thérapeutique dans les affections inflammatoires aiguës cutanées (furoncles, abcès, anthrax, abcès tubéreux de l'aisselle).

Séance du 28 mars 1936.

Mise au point. — M. G. Pascalis rappelle que ce sont les travaux d'hommes indépendants, les Lemaître, Carrel, Pauchet, Petit de la Villéon, qui ont permis les plus grands progrès de la chirurgie de guerre et en ont littéralement transformé les résultats. Ceux-ci avaient été oubliés dans les récentes interviews de Gosse et il fallait que ce fût dit.

Diverticules de l'appendice. — M. G. Pascalis montre un appendice récemment enlevé au début d'une crise aiguë, dont les lésions étaient localisées nettement à trois diverticules du bord mésentérique.

Amputation interilio-abdominale. — M. G. Pascalis qui a eu à pratiquer récemment une amputation de ce genre, en résume brièvement la technique et montre comment il est possible d'exécuter une opération aussi grave avec chances de succès, en minimisant les causes de choc.

Tubage duodénal : modification de la sécrétion biliaire au cours d'une séance de courants exponentiel de basse fréquence. — M. Aubourg montre l'action énergique des courants électriques de basse fréquence sur l'augmentation de la quantité de bile et de sa teneur en sels biliaires parallèlement à la diminution du cholestérol sanguin.

L'anesthésie électrique : ses caractères (*fin*). — M. R. Grain montre que la stabilité, cinquième et dernier caractère de l'anesthésie électrique, est telle qu'aucun accident ou incident survenant dans le cours de l'évolution ne peut arriver à la faire disparaître ou fléchir. Elle n'est toutefois assurée qu'à la condition impérative de ne faire aucune anesthésie locale du larynx, ni, *a fortiori*, aucune intervention. Est également déconseillé le traitement ambulatoire qui risque, surtout en hiver, de provoquer des refroidissements susceptibles de compromettre la stabilité de l'anesthésie.

La guérison de la tuberculose par la tuberculine. — M. Cevey (de Lausanne) montre par une série de projections les heureux résultats obtenus par l'administration de doses suffisantes de tuberculine ancienne et de tuberculine chimiquement modifiée dans la tuberculose pulmonaire avec guérisons et capacité de travail maintenues depuis plus de dix ans.

L'appendicite et le choc humoral. — M. Pierre Mabille rapporte une observation d'une malade ayant présenté une crise d'appendicite aiguë pendant le cours

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

d'accidents sériques succédant à l'injection de sérum antitétanique. A cette occasion l'auteur pense qu'un certain nombre de cas d'appendicite succèdent à des chocs humoraux et de la désensibilisation doit s'associer à la thérapeutique chirurgicale.

Rhinoplastie par enjambement antibrachial. — M. Claoué présente une opérée de rhinoplastie par enjambement antibrachial. Il attire l'attention sur l'importance de ne pas apporter de nouvelles cicatrices et mutilations soit à la face, soit même au bras. Il faut se servir de la partie inférieure de l'avant-bras comme instrument d'enjambement pour porter le lambeau d'une partie du corps à la face. L'auteur insiste sur la petitesse de l'implantation antibrachiale et sur la nécessité avant chaque transplantation d'attendre quelques jours pour être sûr de l'élimination des parties nécrotiques et assurer de la sorte une qualité de prise aussi parfaite que possible.

Séance du 9 avril 1936.

Quelques cas de radiumthérapie du cancer de l'œsophage avec toutes les apparences de la guérison. — M. J. Guisez rapporte les observations de plusieurs malades atteints de cancer de l'œsophage chez lesquels la radiumthérapie, faite localement suivant des règles très précises, a amené la disparition complète de la sténose et le retour à une alimentation et à une vie absolument normales. Chez tous les résultats se maintiennent depuis plus de trois ans. Le diagnostic de cancer a été posé dans tous ces cas sous endoscopie et vérifié par la biopsie. Dans l'un d'eux qui a repris 25 kilogrammes depuis trois ans que le traitement a été effectué, le diagnostic avait été posé auparavant par deux laryngologistes différents. La biopsie avait montré qu'il s'agissait d'un épithélioma d'origine glandulaire.

L'anesthésie électrique dans la dysphagie douloureuse du néoplasme œsophagien. — M. André Tardieu rapporte l'observation d'un homme de soixante-huit ans, alcoolique ancien, atteint d'une sténose œsophagienne de nature néoplasique, dont le début remontait à trois ans, mais dont les manifestations dysphagiques et douloureuses étaient depuis trois mois particulièrement intenses, s'opposant à l'ingestion de presque tous les aliments, liquides compris. L'anesthésie électrique appliquée selon la technique utilisée pour le traitement de la dysphagie douloureuse dans la laryngite tuberculeuse, a permis dès la troisième séance la reprise d'une alimentation liquide et molle suffisamment abondante. La méthode est demeurée sans effet sur la dysphagie vraiment mécanique. L'auteur insiste sur l'action non seulement anesthésique, mais aussi antispasmodique de la méthode.

Néo-formation osseuse paracicatricielle. — M. L. Pron parle d'un malade opéré six mois auparavant de gastroentérostomie avec suites normales et chez lequel on sentait nettement un peu à gauche de la ligne de suture une petite masse très dure, arrondie, comparable à un bouton de pantalon.

L'oligophagie avec appétit normal ou exagéré. — M. L. Pron dit qu'à côté des dyspepsiques qui diminuent volontairement leur nourriture pour diminuer leurs douleurs ou malaises, prennent place deux groupes de patients qui, malgré un bon appétit, ne peuvent prendre qu'une quantité sous-moyenne d'aliments ; les uns par crise spasmodique du cardia ou du pylore ou des deux à la fois, survenant au début ou au cours du repas ; les autres, au contraire, par atonie de la musculeuse. Le traitement est très différent selon le groupe.

A propos de la communication de M. Pascalis sur : 1° de l'amputation iléo-abdominale ; 2° des diverticules de l'appendice. — M. Dupuy de Frenelle rappelle que l'anesthésie par le chlorure d'éthyle donné au goutte à goutte et réchauffé permet de longues anesthésies avec le minimum de choc.

G. Luquet.

NOUVELLES

Médecins présents à Paris pendant les vacances. — *Paris Médical* publie pendant les mois de vacances, les noms, adresses et spécialités de nos confrères restant à Paris.

Dermato-vénéréologie. — M. le Dr Galliot, 74, rue de Rome, absent pendant le mois de juillet, a repris ses consultations le 3 août, il est présent à Paris en août et septembre. — M. le Dr Belgodère, médecin adjoint de Saint-Lazare, 69, rue Rochechouart, ne s'absente pas de Paris ; il est donc présent en août et septembre.

Médecine générale. — M. le Dr Laurice Bariéty, 77, rue Monceau, est présent à Paris à partir du 15 juillet. — M. le Dr Babonneix, médecin de l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher), 50, avenue de Saxe, est absent de fin juillet au 1er octobre. — M. le Dr Lemierre, 3, rue Rabelais, sera présent à partir du 1er septembre. — M. le Dr Julien Huber, médecin des hôpitaux, 36, rue du Colisée, est présent en août. — M. le Dr Ribadeau-Dumas, médecin de la Salpêtrière (crèche), 23, rue François-Ier, est absent du 1er août au 15 septembre. — M. le Dr Marcel Perrault, 12, rue des Beaux-Arts (VIe), est présent à Paris, durant toutes les vacances. — M. le Dr Emile Gilbrin, ancien interne des hôpitaux, 38, rue Lacépède (Ve), est présent à Paris pendant tout l'été. — M. le Dr Henri Schaeffer, 170, rue de la Pompe, sera présent à partir du 1er septembre.

Médecine générale. Enfants. — M. le Dr Jacques Odinet, 4, rue de la Renaissance (VIIIe), est présent à Paris du 15 juillet au 10 septembre. — M. le Dr Maurice Kaplan, 12, rue César-Franck (XVe), est présent à Paris en août et septembre.

Médecine générale. Maladies du foie. — M. Albeaux-Fernet, 85, avenue Henri-Martin (XVIe), est présent à Paris à partir du 1er août.

Médecine générale. Neurologie. — M. le Dr Jean Lereboullet, 51, avenue de Breteuil (VIIe) est présent à Paris en août et septembre.

Médecine générale. Endocrinologie, nutrition. — M. le Dr Gilbert-Dreyfus, médecin des hôpitaux de Paris, 21, avenue du Président-Wilson (XVIe), est présent à Paris pendant le mois d'août.

Phtisiologie. — Mme le Dr -Marcelle Blanchy, 36, rue

NOUVELLES *(Suite)*

Vaneau (VIIe), est présente à Paris à partir du 24 juillet.

Chirurgie. — M. le Dr P.-A. Digeon, 1, place Victor-Hugo (XVIe), absent du 12 juillet au 1er août, est présent à Paris en août et en septembre. — M. le Dr Talheimer, 24, avenue Recteur-Poincaré, est à Paris pendant toutes les vacances.

Ophtalmologie. — M. le Dr Paul J. Petit, 19, rue de Bourgogne (VIIe), est présent pendant le mois d'août.

Oto-rhino-laryngologie. — M. le Dr Marcel Wisner, assistant d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, 64, rue de Miromesnil, est présent en août et en septembre.

Electroradiologie. — M. le Dr René Delapchier, 90, rue de Rennes, est présent en août et absent du 1er au 30 septembre.

Nécrologie. — Le Dr Loques (d'Orange) ; le Dr Henri Salles (de Saint-Laurent-de-Cerdans) ; le Dr Sceamma de Giallnli (de Sète) ; le Dr Edouard Lodewyckx (de Godaigue, Belgique) ; M. Bonthoux, fabricant de produits pharmaceutiques, à Villefranche-sur-Saône ; le Dr Brunet (de Marseille) ; le Dr Chevrey (d'Orléans).

Faculté de médecine d'Aix-Marseille. — M. Roche, professeur sans chaire, est nommé, à compter du 1er janvier 1937, professeur de chimie médicale à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille (dernier titulaire de la chaire : M. Moitessier).

Légion d'honneur. — *Sont promus au grande de Commandeurs :* M. Charles Maurain, membre de l'Institut, doyen de la Faculté des Sciences de Paris ; M. Prosper-Emile Weill (Paris).

Au grade d'officiers : MM. Bec (Avignon) ; Decamps (Amiens) ; Marcel Hallois (Paris) ; Marsan (Paris) ; Jacques Mawas (Paris) ; Rosenthal (Paris) ; Tourneux (Toulouse) ; Bellin du Coteau (Paris) ; Regnard (Paris).

Sont nommés au grade de chevaliers : MM. Mac Aron (Strasbourg) ; Cardot (Lyon) ; Barral (Vaison, Vaucluse) ; Bolot (Senlis) ; Corset (Vichy) ; Créhange (Nancy) ; Donnezan (Perpignan) ; Dudefoy (Chartres) ; Guériu (Chesle) ; Leclercq (Chatou) ; Louit (Paris) ; Martz (Châlon-sur-Saône), Moneger (Egletons, Corrèze) ; Mozer (Berck) ; Paris (Troyes) ; R.-J. Weill (Paris) ; Coliez (Paris) ; Jeudon (Paris) ; Richard (Paris) ; Bonnet (Paris) ; Magimel-Pelonnier.

XXIVe Congrès français de médecine. — Ce Congrès se tiendra à Paris du lundi 12 au mercredi 14 octobre 1936, sous le haut patronage de M. le Président de la République. Président du Congrès : Professeur Marcel Labbé.

Trois questions seront l'objet des travaux du Congrès : 1o *Les méningites aiguës curables* ; 2o *les syndromes parathyroïdiens* ; 3o *les médications du sympathique.*

La séance solennelle d'ouverture se tiendra au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, le lundi 12 octobre, à 9 h. 30 du matin, sous la présidence de M. le ministre de l'Education nationale. Les autres séances auront lieu les matins à 9 h. 30, les après-midi à 3 heures, à la Faculté.

Lundi 12 octobre, à 10 h. 30. Rapports sur la première question ; rapporteurs : M. Roch (Genève) : Les méningites aiguës curables de l'adulte. — MM. Lesué (Paris) et Boquien : Les méningites aiguës curables de l'enfant. — M. R. Cruchet (Bordeaux) : La méningite tuberculeuse est-elle curable ?

A 15 heures : Discussion des rapports et communications sur la première question.

Mardi 13 octobre, à 9 h. 30. Rapports sur la deuxième question ; rapporteurs : M. Snapper (Amsterdam) : Du rôle des parathyroïdes dans la pathologie des os. — MM. Bérard et M. Henry (Lyon) : La tétanie parathyréoprive. — M. Coryn (Bruxelles) : Du rôle des glandes endocrines (parathyroïdes exceptées) dans la pathologie des os.

A 15 heures : Discussion des rapports et communications sur la deuxième question.

Mercredi 14 octobre, à 9 h. 30. Rapports sur la troisième question ; rapporteurs : Mlle Jeanne-Lévy et M. Justin-Besançon (Paris) : Les médicaments sympathicolytiques. — M. Wangermez (Bordeaux) : Physiothérapie du sympathique. — MM. Gonin et Bienvenue (Brest) : Radiothérapie du sympathique. — M. Laignel-Lavastine (Paris) : Traitement médical des sympathalgies abdominales (pelvis exclus). — M. E. May (Paris) : Traitement médical des troubles neuro-végétatifs diffus d'origine non endocrinienne.

A 15 heures : Discussion des rapports et communications sur la troisième question.

Programme des réceptions. — Lundi 12 octobre. Séance d'ouverture à 9 h. 30 : Faculté de médecine, sous la présidence de M. le ministre de l'Education nationale. — Mardi 13 octobre, à 17 heures : Réception à l'hôtel de ville offerte aux Congressistes et à leur famille par M. le Président du Conseil municipal (audition musicale) ; à 21 h. 30 : Réception offerte par M. le Président du Congrès. — Mercredi 14 octobre, à 20 heures : Banquet par souscription.

Comité des dames. — Un Comité des dames s'occupera des familles des Congressistes et s'efforcera de leur organiser un emploi du temps agréable, dont le programme leur sera ultérieurement donné.

Excursions. — Pendant les jours qui suivront, des excursions et visites seront organisées, dont le détail sera prochainement arrêté.

Renseignements, voyages, logements. — Un bureau de renseignements est dès maintenant organisé pour donner de vive voix et par correspondance toutes les indications utiles aux Congressistes régulièrement inscrits. Ce service a été confié au Bureau des Voyages pratiques Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris (Ier).

Pendant la durée du Congrès, le Bureau de tourisme assurera : pour les passeports un service spécial de visas ; le change de toutes les monnaies aux cours normaux.

Les Compagnies de chemins de fer français accordent le demi-tarif sur leurs réseaux aux congressistes.

Une liste d'hôtels de Paris avec l'indication de leurs prix sera envoyée aux Congressistes par le Bureau Exprinter.

Pour tous renseignements et inscriptions, s'adresser à M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe) (Chèques postaux, no 599, Paris). La cotisation est de 100 francs pour les membres adhérents et de 50 francs pour les membres associés et les étudiants en médecine qui se font inscrire comme membres adhérents.

Congrès des médecins de langue française d'Amérique

NOUVELLES *(Suite)*

du Nord. — Le Congrès des médecins de langue française d'Amérique du Nord aura lieu à Montréal les 7, 8, 9 et 10 septembre. A cette occasion, les Grandes Compagnies de navigation, les Grands Réseaux américain et canadien et les hôteliers de ces pays ont consenti des prix tout à fait spéciaux, pour le déplacement des congressistes.

Les trois grandes questions qui seront étudiées en assemblée plénière sont les suivantes :

1° L'abcès du poumon ;

2° L'ulcère gastro-pyloro-duodénal ;

3° La tuberculose de la hanche.

Les voyages courts permettent la visite de New-York et de la province de Québec. Les prix sont de :

En classe cabine : 9 775 francs ;

En classe touriste : 7 400 francs.

L'itinéraire n° 3, beaucoup plus long, permet la visite complète des sites les plus pittoresques des Etats-Unis et du Canada, également une petite pointe sur le Mexique. Le prix minimum de ce voyage serait de :

En classe cabine : 16 875 francs ;

En classe touriste : 14 110 francs.

Premier Congrès international des sanatoria et des établissements de cure privés. — Ce congrès aura lieu à Budapest du 16 au 21 septembre. La Fédération intersyndicale des Maisons de santé de France fait remarquer combien il serait regrettable que la médecine française, et particulièrement les sanatoria et maisons de santé français, ne soient pas représentés à ce congrès de façon satisfaisante, alors que d'autres pays tels que l'Allemagne, l'Autriche et l'Italie ont annoncé déjà la participation pour chacun d'eux d'environ 300 congressistes.

Le Congrès a pour but la discussion internationale des questions scientifiques, mais surtout des questions d'ordre économique qui intéressent les sanatoria et établissements de cure privés à une époque où les conditions d'exploitation sont en voie de modification dans le monde entier.

On y étudiera la raison d'être des établissements privés, la propagande à mener en leur faveur, les rapports avec l'Etat et les autorités, l'organisation intérieure, les difficultés apportées par les questions de change et d'exportation des devises, les différentes méthodes de traitement, les relations entre les maisons de cure et les stations climatiques et hydro-minérales.

Le Comité d'organisation a chargé l'agence de voyages officielle des Chemins de fer de l'Etat hongrois (Ibusz) de l'organisation du voyage et du séjour des Congressistes. Pour la France, cette organisation peut être faite par le « Glob-Trotter », 3, rue Auber, à Paris, qui a établi des prix forfaitaires.

IIIe Congrès national des médecins « Amis des Vins de France ». — *Dijon*, 18, 19 *et* 20 *septembre* 1936. — Les 18, 19 et 20 septembre prochain aura lieu à Dijon le IIIe Congrès national des médecins « Amis du Vin », sous la présidence de M. le professeur Portmann, sénateur de la Gironde.

Au cours de cette manifestation, de très intéressants travaux seront présentés sur la valeur hygiénique alimentaire et thérapeutique des Vins de France.

Des excursions, afin de faire encore mieux connaître le vignoble bourguignon, sont prévues pendant ce Congrès.

Pour tous renseignements et adhésions, s'adresser : Dr Eyland, 126, rue Camille-Godard, à Bordeaux. Téléphone 63.322.

AVIS. — *Tercis-les-Bains* (près Dax) (Landes). Rhumatisme malad. peau. Thermes sulfur. gallo-rom. 37°, dep. 25 fr., vin comp. Dem. not.

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

15 AOUT. — *Paris*. Ministère de la Guerre. Date extrême d'inscription en vue des concours de médecin, de chirurgien et de pharmacien-chimiste des hôpitaux du Service de santé colonial.

17 AOUT. — *Berlin*. Congrès international d'oto-rhino-laryngologie.

20 AOUT. — *Paris*. 66, boulevard Saint-Michel. Date limite pour déposer les demandes de participation au concours d'attribution des bourses d'études à l'Institut Carlo Forlanini.

24 AOUT. — *Glasgow*. Congrès des médecins homéopathes.

31 AOUT. — *Lyon*. Ecole du service de santé militaire. Oral des candidats admissibles à l'Ecole du Service de santé militaire.

1er SEPTEMBRE. — *Paris*. Faculté de médecine. Réouverture de la bibliothèque les mardis, jeudis et samedis de 14 à 17 heures.

1er SEPTEMBRE. — *Wiesbaden*. Congrès international d'actinothérapie.

3 SEPTEMBRE. — *Lund*. Congrès international du rhumatisme.

3 SEPTEMBRE. — *Nancy*. Hôpital militaire. Oral des candidats admissibles à l'Ecole du Service de santé militaire de Lyon.

5 SEPTEMBRE. — *Athènes*. Cours de haute culture médicale Tomarkin.

5 SEPTEMBRE. — *Paris*. Val-de-Grâce. Oral des candidats admissibles à l'Ecole du Service de santé militaire de Lyon.

5 SEPTEMBRE. — *Lucerne*. IIe Semaine médicale internationale de Suisse.

7 SEPTEMBRE. — *Lisbonne*. Attribution des bourses d'études à l'Institut Carlo Forlanini.

7 SEPTEMBRE. — *Paris*. Ouverture du registre d'inscription pour le concours de l'internat et des prix de l'externat.

CHRONIQUE DES LIVRES

Recherches sur les eaux polluées. Consommation d'oxygène et capacité d'épuration, par André Leys, docteur en pharmacie. Un volume in-8°. Prix : 20 francs (*J.-B. Baillière et fils, Paris*).

Dans certaines régions, l'accroissement continu des agglomérations urbaines et le développement de l'industrie posent, devant les autorités responsables de l'hygiène publique et les industriels, le redoutable problème de la pollution des cours d'eau.

Les méthodes d'étude employées jusqu'ici en France ne permettant ni de mesurer avec précision l'intensité de la pollution, ni de prévoir de façon rigoureuse la marche des phénomènes d'auto-épuration, M. Leys s'est proposé de combler cette lacune et de faire connaître les méthodes anglo-américaines de contrôle de la pollution des cours d'eau.

Ces méthodes sont fondées sur la connaissance des lois de l'auto-épuration. Les travaux de Pasteur et de ses disciples ont établi comment les matières organiques font retour au règne minéral sous l'influence de nombreux micro-organismes et en passant par une série d'étapes dont certaines exigent la présence d'oxygène libre. Ces phénomènes ont lieu dans les eaux polluées en deux phases successives (Adeney), la première caractérisée par la production d'anhydride carbonique, d'ammoniaque et de matières humiques, la seconde par la nitrification.

Lorsque des matières usées sont déversées dans un cours d'eau, les réactions de la première phase entrent en jeu immédiatement et consomment rapidement une quantité plus ou moins importante de l'oxygène dissous. Si la vitesse de consommation de l'oxygène est supérieure à la vitesse de redissolution de l'oxygène atmosphérique, la concentration en oxygène dissous peut tomber à un niveau tel que des inconvénients graves se manifestent. Une méthode véritablement rationnelle de contrôle de la salubrité des cours d'eau doit donc comprendre non seulement l'estimation quantitative de la pollution, mais encore celle de la capacité d'épuration exprimée principalement par la vitesse de dissolution de l'oxygène atmosphérique. Ce double problème a été abordé par les chimistes et les ingénieurs du U. S. Public Health Service et l'on peut dire qu'il a été résolu presque complètement grâce aux travaux rigoureux et systématiques de MM. Phelps, Streeter et Thériault. M. Phelps a découvert, et M. Thériault a vérifié la loi suivant laquelle se produit la consommation de l'oxygène dissous pendant la première phase de l'oxydation biologique des matières usées. MM. Streeter et Phelps ont établi celle de la réaération.

La consommation d'oxygène d'une eau (exprimée en milligramme par litre) pendant la première phase de l'oxydation biologique est prise comme mesure de la pollution. Elle est déterminée par deux dosages d'oxygène : 1° oxygène initialement dissous ; 2° oxygène restant après une incubation de trois à cinq jours à 20°. S'il s'agit d'une eau très polluée, on opère sur une dilution faite suivant une technique particulière. La mesure de la consommation d'oxygène après quelques jours permet, grâce à la loi de Phelps, de calculer la consommation totale de la première phase.

La capacité d'épuration d'un cours d'eau est exprimée principalement par son coefficient de vitesse de réaération. Ce coefficient peut être calculé en tenant compte : 1° du déficit d'oxygène existant dans le cours d'eau considéré (différence entre la concentration de l'oxygène dissous à saturation et la concentration réelle) ; 2° de la vitesse de consommation de l'oxygène dissous.

M. Leys, travaillant au laboratoire du professeur Giberton (de Lille), a appliqué ces méthodes à l'étude de l'auto-épuration d'un petit fleuve de la région du Nord, l'Aa. Il confirme entièrement la valeur de ces méthodes et préconise leur introduction en France. Son ouvrage est une étude complète et très clairement présentée de cette importante question. L'historique, le point de vue théorique et le côté pratique sont successivement envisagés. Les hygiénistes et les chimistes y trouveront tous les renseignements nécessaires pour la mise en œuvre des méthodes américaines.

Clinique médicale des enfants, troubles de la croissance, de la puberté, de la nutrition et des glandes endocrines, par le professeur Nobécourt. Un volume in-8 de 460 pages (*Masson et Cie, éditeurs, Paris*).

Dans ce nouveau volume de clinique publié par le professeur Nobécourt, l'auteur étudie à nouveau une série de questions concernant la croissance, la puberté et la nutrition chez les enfants. Les hypotrophies et les hypertrophies staturales et leur sémiologie, les hautes statures et leur rôle dans le développement de la tuberculose pulmonaire, le caractère de la puberté chez les filles, les divers types de nanisme et d'infantilisme d'origine hypophysaire, l'obésité infantile, le virilisme précoce, le syndrome génito-surrénal et les enfants gynandroïdes sont quelques-uns des sujets abordés dans cet intéressant volume où, par ailleurs, sont étudiés également certains cas d'achondroplasie, de rachitisme, de goitre exophtalmique fruste. On retrouve dans ce livre les qualités habituelles du professeur Nobécourt, l'étude minutieuse et précise de ses malades, le souci de ne tirer des faits observés que les conclusions sûrement prouvées et de tenir compte aussi des autres cas observés dans la littérature médicale. Ce volume vient heureusement s'ajouter aux douze autres déjà publiés par l'auteur ; ils permettent aux médecins d'y retrouver une moisson abondante et variée de faits bien observés dont ils peuvent tirer profit.

P. L.



VARIÉTÉS

LA SAIGNÉE CHEZ LES CISTERCIENS AU XII[e] SIÈCLE

La Bourgogne médicale a *publié, il y a quelques années, un article du D[r] Charles Jourdin sur le règlement établi au Moyen Age, chez les Cisterciens, pour la pratique de la saignée, petite opération considérée surtout comme une mesure d'hygiène, qui devait être appliquée plusieurs fois par an, à époques régulières. Les détails de ce règlement nous renseignent sur les précautions dont on entourait les « saignés » assimilés de ce fait à des malades, et le souci qu'on avait de les ménager en adoucissant pour eux les sévérités de la règle, sans les soustraire néanmoins à l'accomplissement des principaux devoirs religieux. Nous ne saurions mieux compléter notre série d'illustrations sur la saignée qu'en reproduisant cet intéressant article.*

Durant cette période de violences et de ténèbres que fut le haut Moyen Age, la vie intellectuelle se réfugia dans les cloîtres. Certains ordres religieux, notamment les Bénédictins, s'imposèrent la tâche de recopier les monuments littéraires et scientifiques du passé, et c'est grâce à ce travail obscur et sans gloire que certains chefs-d'œuvre de la pensée humaine ont échappé à l'anéantissement.

L'art médical lui-même fut l'apanage des religieux. De même qu'aux temps anciens des civilisations grecque et arabe, la médecine était exercée par les prêtres ; en Gaule, elle le fut d'abord par les druides. L'Eglise catholique naissante hérita de ces coutumes et les fidèles demandèrent à ses ministres, non seulement des guérisons, mais des miracles. Aussi, la médecine fut-elle longtemps ecclésiastique, et ce ne fut qu'en 1452 que, grâce au cardinal d'Estouteville, les médecins purent s'affranchir du célibat et du caractère religieux de leur profession.

Aussi, les Bénédictins de l'ordre de Cîteaux se trouvèrent-ils bien placés pour puiser à bonne source les notions nécessaires d'hygiène et de thérapeutique. Malgré l'extrême sévérité de leur règle, ils se sont toujours occupés de leur santé physique, sans doute en raison du vieil adage : *mens sana in corpore sano.*

Chacun connaît, d'autre part, la grande importance accordée par l'ancienne médecine à la saignée. Elle fut de toutes les époques, même les plus reculées ; son emploi devint de plus en plus fréquent jusqu'au XVII[e] siècle, où, avec la purgation et le clystère, elle fut la base de la thérapeutique. Encore très employée au XVIII[e] et au début du XIX[e] siècle, elle tomba depuis dans un oubli un peu trop exclusif, car la réaction, en toute chose, est presque toujours excessive.

Les Cisterciens du XII[e] siècle ont donc adopté la saignée, comme tous leurs contemporains, et lui ont accordé, dans leurs *Consuetudines*, un paragraphe des plus important (1).

Cette petite intervention s'y montre plutôt comme règle d'hygiène que comme procédé de traitement. En effet, à dates à peu près fixes, le prieur désignait, pour la subir, tout un groupe de moines. Au jour dit, chacun s'apprêtait dans le chauffoir, tandis que l'un d'eux, doué sans doute de qualités spéciales, opérait ses frères tour à tour ; c'était le *saigneur* (*minutor*). Chez les Cisterciennes, ce rôle était rempli par une sœur, *li saineresse.*

L'opération une fois faite, chacun pouvait se rendre au réfectoire, puis au dortoir. Les soins consécutifs duraient quatre jours, pendant lesquels l'alimentation, le travail et les prières étaient sagement gradués ; puis, le cinquième jour, les moines, frais et dispos, débarrassés de leurs « humeurs peccantes », retrouvaient leur règle accoutumée, avec toute sa rigueur.

Dans la règle spéciale aux convers, *Capitula usuum conversorum*, il n'est pas question de la saignée. Il est néanmoins probable que ces derniers devaient, comme les profès, subir la saignée périodique. Peut-être était-elle pour eux moins fréquente, car, effectuant les travaux des champs, ils menaient une existence moins sédentaire. On sait, d'autre part, qu'après l'opération ils suivaient, au point de vue de la nourriture, le même régime que les moines (2). Comme eux aussi, ils ne devaient, à moins de grave nécessité, être saignés que dans les abbayes ou les granges (3) de l'ordre (4).

Dans l'exposé qui va suivre du règlement de la saignée on verra que les moines ont cherché à éviter aux opérés tout mouvement susceptible d'amener des complications du côté de la veine ouverte et, en même temps, toute fatigue capable d'entraîner les troubles d'ordre général provenant de l'abaissement de la tension artérielle. Ils étaient donc exemptés des longues stations à l'église, des jeûnes, du travail ; ils recevaient une alimentation plus substantielle et pouvaient, dans leurs nombreux moments de liberté, s'asseoir ou se coucher. Mais comme le service de Dieu passait avant tout, ils devaient, en cas d'absence du couvent, notamment

(1) *Les Monuments primitifs de la règle cistercienne. — Consuetudines*, XC. De minutione, p. 198. GUIGNARD, Dijon, 1878.

(2) Eisdem cibis vescentur quibus et monachi : sani scilicet et sani, minuti ut minuti, infirmi ut infirmi. GUIGNARD, *loc. cit.*, p. 286.

(3) On appelait granges, en langage cistercien, les centres de culture appartenant à l'abbaye. Quelle que fût leur distance du monastère, aucun moine ne devait y habiter. Les granges étaient desservies par des convers, ayant à leur tête un grangier.

(4) Super Instituta generalis capituli apud cistercium : XLII, Ubi monachi vel conversi minui debeant. GUIGNARD, *loc. cit.*, p. 262.

VARIÉTÉS *(Suite)*

en temps de fauchaison et de moisson (1), prendre une part active à certains offices, dont ils étaient exempts à l'ordinaire.

Voici l'exposé de ce règlement, que j'ai cru devoir reproduire *in extenso* de peur de le dénaturer :

XC. — *De la Saignée.*

Les frères ne doivent être saignés ni pendant la moisson, ni durant l'Avent ou le Carême, ni dans les trois jours qui précèdent Pâques ou la Pentecôte, ni lorsqu'un jeûne important doit coïncider avec le deuxième ou le troisième jour de la saignée. Même défense, avant sa rentrée au chœur, à celui qui en est éloigné pour maladie. Les moines ne doivent pas non plus se faire saigner lorsqu'ils sont semainiers au service de la messe, de la cuisine et de la lecture au réfectoire, à moins que, pour une grave indisposition, ils n'en aient obtenu la permisssion au chapitre. Sauf avis contraire de l'abbé, le frère qui rentre de voyage ne sera pas saigné le jour de son arrivée.

La saignée pourra être pratiquée quatre fois par an et, si possible, aux mois de février, avril, septembre et dans les environs de la fête de Saint-Jean-Baptiste (24 juin).

Lorsqu'une partie du couvent devra être saignée, le prieur dira au chapitre : ceux qui siègent à telle ou telle table seront saignés. Il devra se méfier que le second, le troisième et même le quatrième jour ne coïncide avec une fête de douze leçons ; cependant, l'abbé pourra ne pas remettre la saignée de ceux pour lesquels il la jugerait nécessaire. Il aura soin néanmoins de ne désigner que ceux sans la participation desquels les offices pourront être convenablement célébrés.

Les jours où l'on mange deux fois, on pourra saigner entre tierce (2) et sexte, avant l'évangile ou après, s'il est nécessaire ; les jours de jeûne, entre sexte et none, et, dans les deux cas, après none, si nécessité l'exige. Le feu ayant été allumé dans le chauffoir par un frère désigné par le prieur, les moines se préparent pour la saignée. Entre temps, le prieur a convoqué celui qui doit la pratiquer.

Après la saignée, eeux qui en auront le désir et le temps pourront aller goûter au réfectoire. Ensuite, aussi bien en temps de leçon que de travail, ils pourront s'étendre sur leur lit ou s'asseoir dans le chapitre ou le cloître, jusqu'à ce qu'ils rentrent au chœur. Hors du chœur, on ne doit ni lire ni chanter. Les saignés et les malades qui sont hors chœur ne doivent pas faire de confession privée à l'église avant de rentrer au chœur, excepté pour l'oraison de carême.

En été, lorsque le couvent jeûne, les saignés mangent après l'évangile ; il en est de même, en hiver, les jours de fête où le couvent est en leçon. Ils ne doivent ni sortir du cloître, ni se livrer à aucune de leurs fonctions habituelles, exception faite pour le prieur, le sacristain, le cellerier et le maître des novices. Le cuisinier sollicitera du prieur des ordres au sujet de la cuisine ; s'il a un aide, ils se suppléeront l'un l'autre. Celui qui doit chanter ou lire à l'église ou à l'extérieur, celui qui a la charge des pauvres ou tout autre emploi doit faire signe (3) à un de ses frères, qui le remplacera tant qu'il sera hors cœur. Le semainier de l'invitatoire (4) ne devra pas proposer ses fonctions, pas plus que le semainier de la messe, sauf pour la messe elle-même. Tant qu'ils sont hors chœur, et quand ils sont en leçon au troisième jour, en temps de travail, les saignés ne doivent rien solliciter par signe, sauf la permission de se confesser, d'entendre la messe ou de boire.

Aux heures des offices, le saigné se rendra à l'église, se tiendra à l'entrée et, après la prière, pourra s'asseoir en se signant. Il ne se prosternera pas, ne s'inclinera pas au *Gloria* et ne se tiendra debout qu'au *Magnificat*, au *Te Deum laudamus*, à l'Evangile et à la Bénédiction. En cas de nécessité, on pourra le requérir pour servir les messes privées ; en cas d'absence du couvent, il pourra même servir les messes communes, mais après l'office il sortira avant les autres.

(1) En temps de fauchaison, de moisson et de vendanges, les moines pouvaient quitter leur monastère pour aider les convers des granges à rentrer leurs récoltes. Pendant ces absences, qui pouvaient durer quelques jours, ils prenaient leur repas là où ils se trouvaient, et couchaient dans les bâtiments des granges organisés en dortoirs.

(2) Les offices du jour étaient au nombre de sept : matines, prime, tierce, sexte, none, vêpres et complies. Prime étant la première heure du jour, soit six heures du matin, tierce correspondait à neuf heures, sexte à midi et none à trois heures de l'après-midi. En outre, les moines se levaient à la huitième heure de la nuit pour dire les Vigiles nocturnes.

Entre les offices s'intercalaient les heures de travail, de repas, de lecture et de repos.

Depuis Pâques jusqu'aux calendes d'octobre, les moines, à la sortie de prime, travaillaient jusqu'à dix heures, et depuis la sortie de none jusqu'à Vêpres ; des calendes d'octobre jusqu'au Carême, depuis tierce jusqu'à none ; pendant le Carême, depuis tierce jusqu'à la dixième heure. (*De opere manuum cotidiano. Regula.* GUIGNARD, p. 39.)

Les jours ordinaires, les cisterciens prenaient deux repas : l'un à sexte, l'autre le soir, après Vêpres ; les jours de jeûne, ils attendaient jusqu'à none, et, pendant le Carême, jusqu'après Vêpres. En outre, en été, ils se rendaient au réfectoire après l'office de none pour boire (*de bibere post nonam.*)

En été, les moines faisaient une sieste au milieu du jour : les jours de jeûne, depuis l'office de sexte jusqu'à la huitième heure, les jours ordinaires, après l'action de grâces qui suivait le repas de midi — *post mixtum.*

(3) Les cisterciens, étant soumis au silence le plus complet, n'avaient le droit de parler que dans certains emplois et dans certains cas particuliers prévus par la règle. Pour le reste, ils devaient communiquer par signe — *significare.*

(4) L'invitatoire est une antienne qui, à certaines époques, se chantait au commencement des matines, et, chaque semaine, un moine était désigné pour la chanter ; il était, en même temps, chargé d'un certain nombre de chants et de répons aux autres cérémonies du jour et à l'office des morts. En cas d'empêchement, il devait être remplacé par celui qui le précédait dans l'ordre des moines ou, à son défaut, par celui qui le suivait.

SPARTÉINE HOUDÉ

FICHE
DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

Sulfate de Spartéine : $C_{15} H_{26} N_2 \cdot SO_4 H_2 + 5H_2 O$, *sel cristallisé, chimiquement pur, préparé à partir de la Spartéine du genêt (Sarothamnus scoparius).*

Action cardiaque démontrée par de nombreux essais physiologiques.

PHARMACODYNAMIE

la **Spartéine :** *a)* soustrait le cœur à toute action nerveuse extrinsèque (1) ;
b) supprime les extrasystoles physiologiques et pathologiques (2) ;
c) exerce une action cardio-tonique marquée (3).

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

1° **Régulateur du cœur :** arythmies, palpitations, névroses cardiaques, etc.
2° **Cardio-tonique :** maladies infectieuses, hyposystolie, asystolie.

Très peu toxique, très maniable, ne s'accumulant pas, la **Spartéine** est le **meilleur tonique cardiaque d'entretien.**

DOSES : 0 gr. 10 à 0 gr. 25 et même 0 gr. 40 *pro die* sous forme de **Granules de Spartéine HOUDÉ,** titrés à 0 gr. 02 de sulfate de spartéine par granule.

---

1) F. MERCIER et L. J. MERCIER *C. R. Soc. Biol.*, 93 (1925), 339 et 1468.
(2) DELAS et SOULA. *Arch. Int. Physiol.*, 25 (1925). 1.
(3) R. ROGER. *Thèse. Doct. Médecine.* Toulouse (1927)

50 GRANULES TITRÉS de
SPARTÉINE HOUDÉ
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(PRIX ORFILA)
Chaque granule contient exactement
deux centigrammes de sulfate de
Spartéine pur
Laboratoires HOUDÉ

DERUFFE

VENTE EN GROS

Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

VARIÉTÉS *(Suite)*

Le premier et le second jour, en l'absence du couvent il rentrera au chœur, si c'est nécessaire, et s'assiéra seulement aux psaumes ; pour le reste, il se comportera comme les valides. En temps de fauchaison et de moisson, les malades de l'infirmerie et ceux qui sont hors chœur agiront de même, mais ils ne commenceront ni antienne ni psaume et ne rempliront pas l'office de semainier de la messe ni d'invitatoire, s'il reste au monastère quelque autre moine qui puisse et doive le faire.

Au réfectoire, le saigné se comportera comme les autres frères, mais il ne prélèvera rien sur sa nourriture. En hiver, il recevra, le premier jour, une demi-livre de pain blanc, à la place du pain ordinaire, ainsi qu'une pitance (1) ; le dimanche, il aura la ration d'été. Le second et le troisième jour, il recevra, après tierce, une pitance avec une livre entière de pain blanc et du pain commun ; au second repas, il aura la purée de légumes ordinaire (2). Le quatrième jour, en hiver comme en été, on lui donnera une pitance en plus des légumes cuits. En été, pendant les trois premiers jours, il aura, au déjeuner, la purée commune avec une pitance et une livre de pain blanc en remplacement du pain commun ; au repas du soir, une pitance. Le premier jour, si c'est nécessaire, celui qui sert, ou bien son voisin de table pourra lui couper son pain et l'aider pour le reste.

En sortant du réfectoire, il se rendra à l'église avec les autres, mais se séparant d'eux ; il restera, comme nous l'avons dit, dans la première partie, tandis que le couvent entrera dans le chœur, et il achèvera l'action de grâces. Si l'église n'a qu'un autel, à ce moment et aux offices, il ira au chapitre. En été, après none, il précédera au réfectoire les moines qui s'y rendent pour boire, et, à l'entrée du prieur, il restera debout tant que celui-ci ne sera pas assis. Après la collation, les frères se rendant au chœur, il s'assiéra à l'écart ; l'oraison finie, il se signera et, s'il le veut, il pourra sortir pour dire complies au chapitre. Après complies, il se signera à l'eau bénite et pourra retourner, soit à son lit, soit à l'oratoire. Il se rendra au dortoir avant les autres.

A la sonnerie de matines du second jour, il ira s'asseoir à l'église et, après l'oraison, il se signera et se rendra soit à l'infirmerie, soit au chapitre pour dire matines, selon la règle. Il pourra les écourter et se contenter d'une seule bénédiction si l'on doit en dire trois, et de quatre leçons si l'on doit en dire douze. Le premier officiant dira tout cet office, s'il le peut, sauf en ce qui regarde le ministère de l'abbé ou du prieur, si l'un d'eux est présent ; il pourra faire dire les leçons par un autre. S'il ne peut parfaire cet office, il désignera par signe quelqu'un pour l'achever. En l'absence des officiants, les autres clercs les remplaceront d'après leur rang. On ne pourra alors chanter ni les offices des morts ni autre chose, sauf les offices solennels des défunts. Si le saigné est seul au chapitre ou à l'infirmerie, on lui adjoindra, si possible, quelqu'un pour l'aider à achever matines, après quoi il ira dormir au dortoir. Il écoutera les autres offices et ne les chantera pas.

A prime, les saignés doivent revenir à l'église. Les jours de fête, ils se rendent au chapitre, au signal, comme les autres. Les jours ordinaires, ils entrent par l'arrière-chœur, entre le siège de l'abbé et celui du prieur, et se placent suivant leur rang. Ils ne font leur confession publique que s'ils sont accusés (3).

Le second et le troisième jour, si l'on jeûne, les saignés prendront, après tierce, un déjeuner au réfectoire.

Le troisième jour, quel qu'il soit, ils entreront au chœur à prime, aussi bien en été qu'en hiver, et pourront s'asseoir pendant deux psaumes, le premier et le second, à tous les offices du jour, sauf à vêpres et à prime, où ils feront comme le reste du couvent. Au moment du travail, ils pourront chanter ou lire dans le cloître, mais ne pourront aller prier dans l'oratoire. Au moment du travail et des leçons ils pourront également se coucher, mais chaussés et étendus sur leurs couvertures, ce qu'ils peuvent faire toujours, sauf lorsque le couvent est au dortoir. A partir de la troisième nuit, ils resteront depuis matines à moins qu'ils ne s'agisse d'une fête solennelle, où il y ait sermon au chapitre.

Le quatrième jour, ils se rendront au travail comme les autres, mais le prieur aura soin de leur donner une besogne moins fatigante, et même de les en décharger complètement.

CHARLES JOURDIN.

(1) Portion de vin et de viande. Cette dernière était défendue en tous temps, sauf pour les faibles et les malades — *præter debiles et egrotos*.

(2) La ration ordinaire des moines était, chaque jour, de deux plats de légumes cuits — *duo pulmentaria cocta* — et d'une livre de pain, dont ils gardaient un tiers pour le repas du soir. Ce pain était fait avec de la farine grossièrement criblée — *grossus id est cum cribro factus*. Le pain blanc était réservé aux hôtes et aux saignés.

(3) Après la messe du matin, le couvent se réunissait dans la salle du chapitre et, après les prières accoutumées, celui qui avait commis une faute s'en confessait ouvertement et demandait son pardon. Cela s'appelait : *petere veniam*. Ensuite se faisaient les accusations à voix haute — *clamationes* : un tel a commis telle faute. A l'appel de son nom, si l'accusation était juste, le coupable se prosternait sans répondre en disant : *mea culpa* ; puis il se relevait sur l'ordre du président du chapitre, abbé ou prieur, confessait sa faute et promettait de s'y amender. L'accusation ne pouvait être portée que sur ce qu'on avait vu ou entendu.

C'est également au chapitre que se demandaient les permissions de déroger à la règle, telle que celle signalée plus haut, de la saignée à faire en cas d'indisposition, en dehors des périodes fixées. (*Consuetudines*, LXX, De capitulo et confessione.)

LA MÉDECINE AU PALAIS

LA RESPONSABILITÉ DES HOPITAUX

Au contraire de ce qui se passe dans les rapports entre médecins et clients, il paraît incontestable qu'une convention tacite existe entre les malades et les hôpitaux dans lesquels ils sont soignés.

La jurisprudence a tendance à appliquer aux cliniques comme aux hospices et aux asiles d'aliénés les principes de la responsabilité contractuelle.

Nous avons déjà examiné à plusieurs reprises des procès intentés soit par les malades, soit par leurs héritiers contre les hôpitaux qui ont été déclarés responsables des fautes commises par leurs préposés, notamment, un arrêt de la Cour de Bordeaux du 12 novembre 1930 (*Recueil Bordeaux* 1930-1-71).

Mais, la convention passée entre le malade et l'hôpital n'étant pas écrite, il faut suppléer au silence par tout ce qu'il est équitable de faire entrer dans les obligations des uns et des autres.

Cette extension est d'ailleurs l'application de l'article 1135 du Code civil qui déclare que les conventions obligent non seulement à ce qui y est exprimé, mais encore à toutes les suites que l'équité donne à l'obligation d'après sa nature. On en conclut que l'administration d'un hôpital qui, sans pouvoir justifier d'un cas de force majeure, emploie dans la même salle des contagieux et des non-contagieux, sans se soucier des dangers qu'ils courent et des précautions qui devraient être prises, commet une faute qui engage sa responsabilité.

C'est ce qui a été jugé par un arrêt de la Cour de Bordeaux du 14 mars 1929 (*Recueil de Bordeaux* 1929-1-90).

Une affaire de ce genre vient de se présenter devant la Cour de Colmar.

Une petite fille âgée de sept ans avait été hospitalisée en septembre 1927 pour fracture d'une jambe, dans un hôpital civil. Rentrée chez sa mère, celle-ci remarqua une irritation locale dès les premiers jours. Peu après un médecin constatait un écoulement de nature blennorragique. La sœur de la petite fille, âgée de deux ans, partageait dans la famille le lit de sa sœur ; celle-ci fut également atteinte et souffrit d'ophtalmie gonococcique.

Ces deux enfants durent suivre des traitements de longue durée et ne furent guéries que trois ans après.

M. L..., le père, assigna les hôpitaux civils devant le tribunal de Mulhouse, déclarant que la contagion était due à l'hospitalisation.

A cette demande, les hôpitaux civils répondaient tout d'abord que les tribunaux civils étaient incompétents et que seule la juridiction administrative pouvait connaître de l'affaire ; qu'au surplus il n'était pas démontré que la petite fille ait contracté sa maladie pendant l'hospitalisation ; qu'on ne prouvait aucune faute à la charge d'un préposé des hôpitaux et que la contagion de l'autre petite fille pouvait être due à l'imprudence de la mère qui n'avait pas séparé les deux enfants.

Une enquête et une expertise furent ordonnées par le tribunal, d'où il résulta que la maladie n'existait pas chez Marguerite L... quand elle était entrée à l'hôpital ; qu'au contraire, on en apercevait les symptômes immédiats dès sa sortie.

Or la période d'incubation étant de trois à quatre jours, rendait évidente l'infection pendant le séjour à l'hôpital, d'autant plus qu'il se trouvait dans la même salle une jeune fille soignée pour la même maladie. Restait à savoir si les hôpitaux étaient responsables de cette contagion.

Il était évident que les hôpitaux avaient assumé l'obligation de soigner Marguerite L... pour fracture de la jambe ; et implicitement, ils avaient pris à leur charge le devoir de prendre toute mesure utile pour que la malade ne soit pas exposée à un danger de contamination.

Sans doute, l'hôpital de Mulhouse est bien tenu et parfaitement propre ; cependant, l'enquête démontre qu'on aurait dû prendre des précautions pour éviter des accidents semblables. Par suite du manque de place, l'hôpital mettait les enfants atteints de maladies contagieuses dans la même salle que ceux qui n'avaient pas une maladie du même genre. Or la jeune fille atteinte de vulvo-vaginite gonococcique était à trois mètres de distance du lit de la petite L... A certains moments, il n'y avait pas dans chaque table de nuit un vase disponible, et lorsqu'un vase était souillé on en prenait un autre dans la table de nuit d'un autre malade.

Il fut établi que le personnel avait opéré ainsi pendant le séjour de la petite L... à l'hôpital, et les jours de visite les parents eux-mêmes, ignorant du risque, agissaient de même sans qu'ils aient été avertis, parce qu'on pensait inopportun de désigner publiquement dans la salle les hospitalisés affectés de maladies contagieuses.

La Cour de Colmar s'est fondée sur tous ces faits pour en tirer les conclusions de droit.

Il résulte, dit-elle, des articles 1135, 1147 et 1315 du Code civil que l'établissement qui a pris un engagement à l'égard de l'hospitalisée, a l'obligation de préserver la personne non atteinte d'une maladie contagieuse et de la renvoyer chez elle dans le même état où elle est entrée.

Or les hôpitaux ne peuvent échapper à la responsabilité de cette contagion que s'ils prouvent

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

qu'elle a été la suite d'une force majeure ou d'un cas fortuit.

Dans l'espèce, les hôpitaux n'apportent aucune preuve semblable, ni même la preuve que leurs préposés n'avaient pas commis d'imprudence. Au contraire, il était établi que la petite fille avait été hospitalisée dans des conditions dangereuses pour sa santé, conditions dont les hôpitaux ont à supporter le risque.

C'est pourquoi, reconnaissant l'obligation contractuelle des hôpitaux et le défaut de toute justification qui aurait établi une relation de cause à effet avec une circonstance qui n'aurait été imputable ni aux hôpitaux ni à leurs préposés, la Cour a condamné les hôpitaux à payer 52 000 francs aux parents de la petite fille.

Le jugement, qui a été publié le 25 février 1936 dans la *Gazette du Palais*, est ainsi libellé :

« Attendu que Marguerite L..., une des demanderesses, lorsqu'elle avait sept ans, fut hospitalisée du 22 septembre au 31 octobre 1927 pour fracture d'une jambe, dans les hôpitaux civils, partie défenderesse.

(A suivre.)

ADRIEN PEYTEL,
Avocat à la Cour d'appel.

REVUE DES CONGRÈS

VIe CONGRÈS DE MÉDECINE DU MAROC

Aspect chirurgical de l'amibiase.

Résumé du rapport de M. COSTATNINI.

Malgré les progrès de la thérapeutique médicale, l'amibiase demeure encore pour un peu une affection chirurgicale. D'abord, ses formes larvées intéressent le chirurgien au plus haut point. Elles lui offrent le tableau d'une appendicite, d'une cholécystite ou de toute autre affection chirurgicale. Il lui faudra donc dépister sous ces masques trompeurs la cause réelle des troubles pathologiques sous peine d'opérer inutilement des malades qui ne sont que des amibiens.

Les abcès amibiens du foie sont de plus en plus rares. Leur traitement est médico-chirurgical. Lorsqu'on opérera, l'infection du pus par les microbes imposera le drainage, mais, dans la règle, le pus étant amicrobien, on pourra se passer de drainer.

Pour l'amibiase du poumon, elle nous paraît responsable de bien des suppurations pulmonaires à l'origine desquelles elle doit être placée.

Mais il est assez rare que, le foyer n'étant pas surinfecté par l'extérieur, le traitement médical suffise à guérir.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Etude clinique de l'amibiase infantile.

Par MM. le professeur V. GILLOT et E. DENDALE, d'Alger.

Les rapporteurs font une description des formes aiguës de l'amibiase infantile qu'ils classifient en *forme gastro-intestinale, fébrile*, en *forme cholérique* et en *syndrome de diarrhée verte*.

Les formes suraiguës sont rares et peuvent être confondues avec des entérites d'origines très diverses et surtout parasitaires, comme par exemple celles provoquées par les Lamblias.

Les formes chroniques peuvent être classées de la façon suivante :

1° *Entéro-colite chronique*.

2° *Colites, rectites, recto-sigmoïdites*.

3° *Formes larvées*.

Dans les formes extra-intestinales, les rapporteurs font une étude sur l'amibiase hépatique et sur l'amibiase pulmonaire.

D'après eux, l'abcès amibien du foie chez l'enfant est une rareté.

De ces constatations, les auteurs concluent que l'amibiase peut exister chez les tout-petits.

Chez les adultes, le point de départ de l'amibiase chronique peut dater de la première enfance.

Enfin, les rapporteurs insistent sur l'importance des recherches de l'amibiase chez les enfants des colonies et des régions nord-africaines, recherches qui devront être effectuées dans les selles. Enfin l'usage des médicaments devra être fait avec une prudente surveillance.

Epidémiologie et étiologie de l'amibiase en Algérie.

Par GEORGES FABIANI (d'Alger).

L'histoire de l'amibiase en Algérie est un exemple de la répercussion des grands faits humains sur l'extension d'une maladie infectieuse. Sous l'influence de la guerre mondiale, des déplacements militaires des campagnes coloniales, des relations commerciales, l'amibiase est devenue une affection vraiment algérienne, alors qu'elle n'existait dans ce pays qu'à l'état de cas isolés et d'origine souvent étrangère. Cependant, il ne s'agit pas là de l'extension d'une maladie coloniale en pays exotique, mais d'un aspect de l'évolution mondiale de la pathologie sous l'influence du développement des relations avec des pays d'endémie amibienne forte. La meilleure preuve en est dans le parallélisme de la progression de l'amibiase en France et en Algérie, contrée où, évidemment, la dysenterie est plus importante.

L'auteur étudie, après un bref historique, la fréquence de l'amibiase en Algérie, son importance relative par rapport aux autres syndromes dysentériformes et à d'autres pays, la répercussion de l'infestation algérienne sur l'amibiase française, puis sa répartition géographique, ses caractères épidémiologiques (endémie avec recrudescences épidémiques), ses facteurs étiologiques : amibe

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

pathogène, associations parasitaires, modes de transmission et causes favorisantes telles que les maladies antérieures ou associées (paludisme) et l'influence saisonnière.

L'action physiologique de l'émétine sur l'appareil cardio-vasculaire.

Par le professeur TOURNADE et M. SARROUY.

L'émétine injectée au chien par la jugulaire ou la saphène à doses relativement fortes et répétées, intoxique avant tout le myocarde ; accessoirement elle accroît l'excitabilité vagale. Enfin, elle compromet momentanément le jeu des appareils périphériques de la vaso-motricité et de l'adrénalino-sécrétion.

Bien qu'obtenus sur l'animal, ces résultats ne peuvent, croyons-nous, laisser indifférent le clinicien. Ils l'incitent à observer dans l'administration du médicament certaines précautions déjà formulées bien souvent et que nous rappellerons à notre tour :

1° Proscrire absolument la voie intraveineuse ;

2° Rester dans les limites de la posologie prudente, précisée par Mattéi (et développée dans la thèse de son élève Amé Scatelli, Marseille 1932, p. 81, 83) ;

3° Associer systématiquement les toni-cardiaques à la médication émétinienne, cette recommandation étant encore plus impérative chez l'enfant ;

4° Se rappeler enfin que, malgré l'opinion contraire émise par certains auteurs, l'adrénaline chez le sujet gravement intoxiqué par l'émétine garde en partie son action cardio et angio-stimulante et reste un des meilleurs correctifs du collapsus aigu.

Résumé du rapport de M. ANDERSON, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Tunis.

M. Anderson présenta des statistiques sur les examens des selles pratiqués au laboratoire officiel de la Régence. D'après ces statistiques, l'amibiase existe aussi bien dans la population civile que dans l'élément militaire. Ces statistiques font ressortir la faible fréquence de l'amibiase en Tunisie. Aucune particularité n'a été trouvée sur la forme clinique, la répartition géographique, la parasitologie et la biologie de la question.

L'amibiase dans la pratique médicale militaire en Tunisie.

Par le Dr LOUIS CHAUVIN, médecin-commandant, hôpital du Belvédère (Tunis).

L'amibiase, si elle n'est pas une maladie d'avenir, constitue un syndrome à fond pathologique complexe, le plus souvent à parasitisme occulte. L'accès dysentérique n'est souvent, dans l'amibiase, qu'un épisode témoin d'une infestation ou d'une reviviscence récente.

Ce sont surtout les formes cliniques chroniques, que nous avons rencontrées dans notre pratique médico-militaire en Tunisie, et c'est là le syndrome le plus courant en temps de paix. Pendant la guerre, c'est, au contraire, la dysenterie aiguë qui a dominé.

La guérison est souvent proche d'un réveil inattendu. L'atténuation des formes d'activité explique le decrescendo des accidents.

A l'occasion de phénomènes larvés, le facteur géographique éclaire le médecin, appelant des reprises de traitement prolongé, si l'on veut voir déraciner l'implantation de l'amibe et l'inhibition de ses répercussions pathologiques.

Dans le cercle vicieux amibien, la guérison apparente est proche d'un réveil inattendu.

L'amibiase nécessite de longs efforts thérapeutiques, et une lutte persévérante.

Le dépistage des porteurs de kystes amibiens montre la valeur du vieil adage : « Mieux vaut prévenir que guérir ».

Aussi pouvons-nous conclure, avec Manson : « Le grand secret d'un diagnostic heureux dans l'amibiase est de la soupçonner ».

L'amibiase intestinale chronique.

Données cliniques et rectoscopiques par JEAN BAUMEL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

L'amibiase, maladie chronique entrecoupée de crises paroxystiques, rappelle par son évolution la syphilis. Il faut donc traiter ses manifestations aiguës, mais aussi son fond chronique. On doit lui opposer un traitement d'attaque, et un traitement d'entretien.

Bien souvent, l'amibiase chronique est une dysenterie sans dysenterie. Le syndrome dysentériforme, selles douloureuses, nombreuses et peu importantes, en est souvent absent.

D'autre part, ce syndrome en lui-même est loin d'être pathognomonique de l'infestation amibienne, il traduit simplement sans rien préjuger de leur nature l'existence de lésions recto-sigmoïdiennes.

Le Dantec et Revaut ont donc été bien inspirés de supprimer le terme de dysenterie amibienne et de le remplacer par celui d'amibiase.

La plupart du temps, l'amibiase intestinale chronique se traduit par des symptômes banaux de colite simple. Mais ces signes, qui résistent à la thérapeutique habituelle des colites, sont parfois entrecoupés d'accès à type dysentérique qui en font reconnaître la nature amibienne. D'autres fois, ces troubles banaux apparaissent chez des coloniaux dont les uns se rappellent avoir eu la dysenterie, dont les autres nient toute infestation amibienne. Le diagnostic étiologique est alors plus délicat. Il le devient encore davantage lorsqu'au lieu de manifestations intestinales on se trouve en présence de manifestations pathologiques gastriques, appendiculaires, hépatiques, cardiaques, psychiques, les manifestations intestinales ayant disparu ou n'attirant l'attention du malade ni du médecin. L'origine amibienne de tous ces états doit *a priori* être soupçonnée chez tout individu qui a vécu dans un pays infesté à l'état endémique par l'amibe, même si l'examen des selles est négatif. Dans bien des cas, si j'avais attendu que ce dernier fût positif pour porter le diagnostic d'amibiase chronique, je ne pourrais pas faire état de plus d'une vingtaine d'observations sur une statistique de plus de 700.

L'amibiase intestinale chronique n'a pas d'allure cli-

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

nique propre, comme beaucoup d'autres maladies d'ailleurs. Suivant la localisation de ses lésions, elle se traduit par l'apparition de signes banaux intestinaux ou extra-intestinaux.

L'étude rectoscopique ne montre pas non plus de lésions spécifiques de la muqueuse recto-sigmoïdienne. On constate des lésions banales qu'un ensemble de 2 000 rectoscopies faites chez des amibiens chroniques nous permet de classer de la façon suivante :

I. Amibiase chronique ancienne sans poussées intercalaires avec simplement troubles de coloration ou néoformations vasculaires.

II. Amibiase chronique avec poussées intercalaires, subdivisées elles-mêmes en :

a. *Forme bénigne.* — En dehors des poussées : état chagriné maroquiné, diminution de souplesse des parois.

En période de poussées : enduit pultacé, érosions, œdème de la muqueuse, état spasmodique plus ou moins marqué gênant parfois la progression du tube rectoscopique.

b. *Formes graves.* — Avec ulcérations confluentes, œdème et cartonnage des parois.

Ou avec hypertrophie pseudo-cancéreuse et bourgeons à type néoplastique faisant parfois un rétrécissement plus ou moins important du calibre intestinal.

L'étude anatomo-pathologique montre qu'il n'y a aucun élément néoplastique et qu'il s'agit nettement d'une rectite hyperplasique.

Il n'existe aucun élément clinique ou endoscopique vraiment pathognomonique de l'amibiase. Comment donc, dans ces conditions, arriver à affirmer son existence?

Par la recherche de parasites dans les selles, qui a une grosse valeur quand elle est positive, qui n'en a aucune ni pour ni contre lorsqu'elle est négative.

Par l'examen radiologique, qui montre des lésions de recto-sigmoïdite gauche.

Par l'étude des anamnestiques qui doit faire soupçonner l'amibiase chez tout individu qui présente des troubles colitiques ou gastriques mal définis ne cédant pas aux thérapeutiques habituelles. La thérapeutique anti-amibienne les améliore. Dans ces conditions, l'origine amibienne de ces troubles doit être affirmée.

L'épreuve du traitement enfin est une véritable pierre de touche qui en quelques semaines permet de faire disparaître des signes locaux ou généraux qui paraissaient jusqu'alors rebelles à toute thérapeutique.

Le but de cette étude n'est pas seulement de montrer comme on doit faire le diagnostic des états amibiens chroniques, mais d'essayer de convaincre tout médecin que l'amibiase n'est pas une maladie aiguë. C'est bien une maladie essentiellement chronique. Toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une manifestation amibienne aiguë de primo-infestation ou intercalaire, il faut absolument instituer un traitement de longue haleine et après lui, la poussée aiguë disparue, un traitement d'entretien chargé de guérir non l'épisode aigu, mais la maladie elle-même.

(A suivre.)

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE 1936 DE L'UNION INTERNATIONALE CONTRE LE PÉRIL VÉNÉRIEN

Le 4 juillet se réunissaient en Hollande les membres de l'assemblée générale de l'Union nationale contre le péril vénérien.

L'assemblée réunissait des vénéréologues d'un grand nombre de pays : l'Angleterre (colonel Harrisson), l'Allemagne (professeur Spithoff), la Suisse (professeur Dubois à Genève ; professeur Miescher de Zurich), l'Espagne (professeurs Covisa et Béjarano), le Portugal, le Brésil (professeur Albuquere), la Tchécoslovaquie (professeur Gawalowski), le Danemark (professeur Ehlers, président de l'Union internationale). De France, étaient venus Mme Franco, M. Fleurscheim, trésorier ; Gougerot, conseiller technique ; Cavaillon, secrétaire général ; Milian, président de la Ligue nationale française contre le péril vénérien ; Pfeiffer, conseiller juridique. Il va sans dire que la Hollande représentée par le professeur Van Leuwen, avait réuni de nombreux dermatologistes et syphiligraphes des villes les plus importantes de la Hollande.

Les délégués furent reçus avec une générosité et une amabilité dignes de tous éloges. Les Hollandais ne manquèrent pas de nous faire visiter, en autocar, les parties intéressantes de leur pays et les plages de Schévéningen et de Noordwijk. A La Haye, un banquet fut offert par le gouvernement néerlandais aux membres de l'Union.

Le dimanche 5 juillet, les membres de l'Union étaient les invités de la Société néerlandaise de dermatologie, et à cette occasion, il fut présenté un nombre considérable de cas dermatologiques, au moins une soixantaine de malades, et après le lunch de 12 h. 30, il y eut discussion sur les cas présentés. Le reste de la journée fut rempli par deux intéressantes conférences, une du professeur Gougerot, sur les dermatoses atypiques et sur les dermatoses invisibles et une du professeur Miescher sur l'eczéma.

Le lundi 6 juillet, eut lieu l'assemblée générale avec le programme ci-dessous :

1° *Les maladies vénériennes en Hollande*, par le professeur Van Leeuwen, vice-président, et le Dr E.-H. Hermans, secrétaire général de la Société néerlandaise de lutte contre le péril vénérien ;

2° *Etat actuel de la lutte contre le péril vénérien en Hollande*, par le Dr Hermans, secrétaire général de la Société néerlandaise de lutte contre le péril vénérien ;

3° *La prostitution en Hollande*, rapport de M. A. de Graff, président de la Société néerlandaise de lutte contre le péril vénérien ;

4° *La lutte antivénérienne sur le Rhin.*

Rapport allemand par M. le Dr Morsehhauser, Leiter der Geschlechtskrankenberatungsstelle à Cologne ;

Rapport français par le Dr Pautrier, professeur de dermato-syphiligraphie à Strasbourg ;

Rapport néerlandais par le Dr E.-H. Hermans, chef de la Policlinique du port de Rotterdam.

5° *La lutte antivénérienne dans les milieux ruraux*, par le Dr Dekeyser ;

6° *La Conférence maritime de Genève sur l'amélioration des conditions de séjour des marins dans les ports. Etat de la question.* Compte rendu par le secrétaire général ;

7° *Rapport moral* par le secrétaire général ;

8° *Rapport financier* par le trésorier.

La prostitution en Hollande n'est pas réglementée, ce

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

qui ne veut pas dire qu'elle n'existe pas. Au contraire, elle s'étale avec luxuriance dans toutes les régions de la ville, plus distinguée dans les grandes artères, surtout celles qui se rendent au Musée et où fréquentent, par suite, les étrangers ; l'autre beaucoup plus crapuleuse, s'étalant aux portes et fenêtres des maisons qui bordent les canaux. Malgré cela, de l'avis des médecins du pays, et d'après les statistiques qui nous sont communiquées, les maladies vénériennes sont en extrême décroissance en Hollande. C'est ainsi qu'en 1935, pour 100 000 habitants on trouvait en Hollande seulement 11 cas de syphilis nouvelle, 57 cas de blennorragie et 2 cas de chancre mou. Les villes fournisseuses des maladies vénériennes sont les deux ports d'Amsterdam et Rotterdam qui englobent à elles seules plus des trois quarts des cas de la statistique.

Les chiffres fournis par la France étaient certainement beaucoup moins brillants. C'est ainsi que pour la blennorragie, sur 100 000 habitants, on notait 191 cas de blennorragie en France, au lieu de 57 en Hollande, et par contre, 242 en Allemagne.

Le mardi 7 juillet, le programme de l'Union fut consacré à la visite des institutions suivantes : Magdalenahuis : pour filles-mères et leurs enfants jusqu'à l'âge de six mois ; Kinderhuis : pour enfants de six mois à six ans ; Pella : pour filles-mères prostituées.

L'organisation de ce Congrès avait été préparée et organisée par le Dr Hermans, de Rotterdam, qui, avec une intelligente activité et une amabilité charmante, sut diriger toutes les expéditions et réunions scientifiques avec une régularité et une précision comme on en rencontre peu dans les réunions nombreuses.

L'accueil du gouvernement hollandais fut également d'une grande courtoisie, et le banquet qu'il offrit aux membres de l'Union sous la présidence du ministre des Affaires sociales, montra à quel point il s'intéresse à toutes ces questions d'hygiène générale, alors même que son pays n'est que peu touché par le fléau vénérien. Le Dr Hermans avait poussé la précaution jusqu'à ménager pour les membres de l'Union des heures libres suffisantes pour leur permettre de visiter les musées et d'aller admirer les Rembrandt, les Jan Steen, les Frantz Hals, etc., et je ne crois pas qu'un seul d'entre nous ait manqué d'aller voir la *Leçon d'anatomie*, la *Ronde de nuit*, ou le *Joueur de guitare*. G. MILIAN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 2 juillet 1936.

Grognements en salve avec hémiplégie. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et COCHEMÉ montrent un homme de soixante-huit ans, ancien professeur de lycée, qui, plusieurs fois par jour, et surtout après les repas, est, depuis novembre 1935, pris de crises de bruits glottiques et pharyngés qui rappellent des grognements, ces bruits qui se déclenchent en salve ; ils s'accompagnent d'un état émotif marqué et sont pour le malade l'occasion d'une grande activité imaginative relativement à la cause et au traitement de son infirmité.

D'autre part, il existe une hémiplégie gauche légère, organique, avec hypothermie locale surtout marquée à la main. Elle s'accompagne d'une hémiparésie gauche du voile.

Il n'y a pas de clonus du voile, ni du larynx, ni du pharynx.

C'est donc simplement la parésie du voile, d'origine organique, qui a été l'occasion de cette réaction curieuse, apparentée aux tics.

Astasie-abasie associée à des signes de lésion de la calotte pédonculaire. — M. BARRÉ (de Strasbourg) présente les films cinématographiques d'un homme de soixante ans, qui a été pris, à quatre jours d'intervalle, de diplopie, puis de troubles de l'équilibre, avec latéro-pulsion droite, vomissements et vertiges. Dans son état actuel, on constate chez lui un syndrome de Parinaud associé à une parésie d'un petit oblique, qui permet de localiser la lésion dans la calotte pédonculaire, et les épreuves labyrinthiques ont un caractère dysharmonique qui témoigne d'une localisation sur les voies cérébelleuses, alors que toutes les épreuves cérébelleuses de Babinski ou d'André Thomas sont correctes.

La marche en avant est rendue impossible par une rétropulsion qui réalise une astasie trépidante. Mais la marche à reculons est plus facile, et le malade peut s'orienter, par exemple, pour regagner son lit. En se penchant en avant sur une canne, le malade parvient à marcher correctement et à neutraliser la rétropulsion.

MM. J. LHERMITTE, ANDRÉ THOMAS croient que les astasies-abasies des vieillards sont souvent liées à des associations hystéro-organiques.

Syndrome adiposo-génital fort amélioré par le traitement spécifique. — MM. L. BABONNEIX et S. DAUM, à propos du cas rapporté récemment par M. J. LHERMITTE, présentent un jeune homme de seize ans, chez qui, il y a quatre ans, s'est développé un syndrome adiposo-génital typique. Sans qu'il y ait aucune raison d'incriminer le tréponème, on a institué, un peu au hasard, un traitement spécifique qui n'a pas tardé à donner les meilleurs résultats : disparition de l'obésité et développement des organes génitaux.

Syndrome d'Adie ou tabes fruste ? — M. ANDRÉ THOMAS présente une jeune fille chez laquelle il a eu l'occasion de constater, à l'occasion d'un examen médical, une forte inégalité pupillaire, la pupille dilatée ne réagissant que faiblement et très lentement. Les réflexes achilléens étaient asymétriques, le liquide céphalo-rachidien était normal, mais les réactions sérologiques de la syphilis étaient douteuses dans le sang. Chez une autre malade, une femme de trente-huit ans, le syndrome d'Adie, avec abolition des réflexes achilléens, s'associe à une asymétrie de la sudation des deux mains, et les réactions sérologiques sont négatives. Cependant, chez l'une des malades, l'état des pupilles, tel qu'on peut en juger par des photographies datant de quelques années, s'est modifié et la mydriase a progressé. Chez l'autre, un examen rétinien a montré que, après les réflexes achilléens, les rotuliens avaient disparu à leur tour.

L'auteur hésite à éliminer complètement, comme le fait

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Adie, la syphilis de l'étiologie de ce syndrome, et il montre la difficulté du diagnostic avec le tabes fruste. Chez les malades présentés, il a fait un traitement spécifique.

M. Lhermitte fait remarquer que le syndrome d'Adie s'observe surtout chez l'enfant et chez le vieillard, ce qui est peu en faveur de l'étiologie syphilitique.

M. Haguenau a eu l'occasion d'assister, chez une jeune femme, à l'apparition du syndrome d'Adie, qui s'est constitué en quelques semaines sans aucun indice humoral de tabes.

Hémiplégie post-traumatique. Opération d'un gros kyste séreux de la région rolandique. Guérison. — MM. Krebs et David présentent un étudiant en médecine de vingt-deux ans qui, à la suite d'une chute sur le crâne, était atteint d'hémiplégie gauche à prédominance brachiale, avec troubles de la sensibilité objective du type cortical. L'opération ne permit de découvrir aucun hématome épidural ni sous-dural, mais une méningite séreuse kystique de la partie supérieure de Pa et de Fa. Après évacuation du kyste, l'amélioration était manifeste au bout de trois jours. Elle est saisissante au trentième jour.

Chorée chronique, récidivante, atypique, d'origine apparemment rhumatismale. — MM. H. Schaeffer, Krebs et Léger montrent une femme de cinquante-sept ans qui a eu une chorée de Sydenham dans l'enfance, complètement guérie ; à la suite de trois crises de rhumatisme articulaire aigu généralisé survenues à l'âge de trente-quatre, quarante-trois et cinquante-deux ans, sont apparus et se sont aggravés lentement et progressivement des mouvements anormaux qui ont certains caractères des mouvements choréiques, et qui se produisent à peu près exclusivement dans les muscles du tronc, du thorax, des épaules. Il n'y a aucun mouvement de la face, quelques rares mouvements non propagés dans les membres inférieurs, un torticolis tonique droit. On ne trouve aucun signe pyramidal, aucun trouble cérébelleux, aucun trouble du tonus, aucun trouble mental.

Les auteurs insistent sur la prédominance des mouvements au tronc, sur l'association d'un torticolis, sur l'origine rhumatismale des accidents.

M. Christophe fait remarquer le caractère atypique de ces mouvements choréiques, qui sont rythmés.

Polio-encéphalite subaiguë avec atteinte unilatérale de dix paires craniennes. — MM. Monier-Vinard et Brunel rapportent l'observation d'un malade qui, dans l'espace de quatre mois, a constitué des troubles dans le domaine des dix dernières paires craniennes droites. Le degré de l'atteinte de ces paires craniennes n'est pas le même pour toutes, les oculo-moteurs sont massivement paralysés, les autres paires craniennes ont une symptomatologie parcellaire et dissociée, qui établit l'origine nucléaire des troubles.

Les paires craniennes gauches sont rigoureusement intactes. Au niveau du tronc et des membres, il n'existe aucun désordre moteur, sensitif ni cérébelleux : les lésions, strictement limitées aux noyaux gris du tronc cérébral, ont complètement respecté les systèmes de fibres longues qui avoisinent ces noyaux. Cette polio-encéphalite semble devoir être attribuée à l'action d'un virus neurotrope qui se fixe avec élection sur les noyaux gris.

MM. Haguenau, Garcin, Alajouanine relatent des cas analogues qu'ils ont observés, et qui semblent se multiplier depuis quelques années. Ces affections, lorsqu'elles ne se terminent pas par la mort, sont susceptibles de guérir complètement sans séquelle.

Compression médullaire par maladie osseuse de Paget. Guérison de la paraplégie après laminectomie. — M. Petit-Dutaillis présente un homme de cinquante-sept ans, qui présentait une paraplégie par compression médullaire depuis 1925, et dont les signes radiculaires et médullaires se sont accentués de 1930 à 1933. M. Clovis Vincent constata en 1933 une ébauche de blocage et une dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien ; il conseilla un traitement radiothérapique, qui fut suivi d'une grande amélioration. Deux ans plus tard, une reprise des signes de compression resta complètement rebelle à une nouvelle cure radiothérapique. La manœuvre de Queckenstedt montrait un blocage complet. Le lipiodol s'arrêtait nettement en Dv. Mais, à l'occasion des radiographies faites, on constata une ostéite à la fois condensante et raréfiante, du type pagétique, qui intéressait simultanément les vertèbres, les côtes, la diaphyse humérale et une grande partie du squelette.

La laminectomie décompressive permit de réséquer des lames considérablement épaissies, qui comprimaient manifestement la sac dural, qui bombait après décompression. L'examen histologique des fragments osseux réséqués vérifia le diagnostic d'ostéite pagétique.

L'état clinique s'améliora rapidement après l'opération : d'abord disparurent les troubles de la sensibilité, puis les troubles moteurs. Actuellement le malade marche parfaitement et ne garde que de l'hyperréflectivité tendineuse.

M. Alajouanine a observé deux cas du même ordre, mais la compression n'était pas anatomiquement évidente.

M. Garcin a vu la compression médullaire se produire chez un pagétique à la suite d'une fracture vertébrale.

J. Mouzon.

NOUVELLES

Médecins présents à Paris pendant les vacances. — *Paris médical* publie, pendant les mois de vacances, les noms, adresses et spécialités de nos confrères restant à Paris.

Dermato-vénéréologie. M. le Dr Galliot, 74, rue de Rome, absent pendant le mois de juillet, a repris ses consultations le 3 août ; il est présent à Paris en août et septembre. — M. le Dr Belgodère, médecin adjoint de Saint-Lazare, 69, rue Rochechouart, ne s'absente pas de Paris ; il est donc présent en août et septembre.

Médecine générale. — M. le Dr Maurice Bariéty, 77, rue Monceau, est présent à Paris à partir du 15 juillet. — M. le Dr Babonneix, médecin de l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher), 50, avenue de Saxe, est absent de fin juillet au 1er octobre. — M. le Pr Lemierre, 3, rue Rabelais, sera présent à partir du 1er septembre. — M. le

NOUVELLES *(Suite)*

Dr Julien Huber, médecin des hôpitaux, 36, rue du Colisée, est présent en août. — M. le Dr Ribadeau-Dumas, médecin de la Salpêtrière (crèche), 23, rue François-Ier, est absent du 1er août au 15 septembre. — M. le Dr Marcel Perrault, 12, rue des Beaux-Arts (6e), est présent à Paris durant toutes les vacances. — M. le Dr Emile Gilbrin, ancien interne des hôpitaux, 38, rue Lacépède (5e), est présent à Paris pendant tout l'été. — M. le Dr Henri Schaeffer, 170, rue de la Pompe, sera présent à partir du 1er septembre.

Médecine générale. Enfants. — M. le Dr Jacques Odinet, 4, rue de la Renaissance (8e), est présent à Paris du 15 juillet au 10 septembre. — M. le Dr Maurice Kaplan, 12, rue César-Franck (15e), est présent à Paris en août et septembre.

Médecine générale. Maladies du foie. — M. Albeaux-Fernet, 85, avenue Henri-Martin (16e), est présent à Paris à partir du 1er août.

Médecine générale. Neurologie. — M. le Dr Jean Lereboullet, 51, avenue de Breteuil (7e), est présent à Paris en août et septembre.

Médecine générale. Endocrinologie, nutrition. — M. le Dr Gilbert-Dreyfus, médecin des hôpitaux de Paris, 21, avenue du Président-Wilson (16e), est présent à Paris pendant le mois d'août.

Medecine générale. Transfusion. — M. le Dr S. Bachman, 11, rue de Pétrograd (VIIIe) (Europe 55-00) est présent à Paris en août et septembre.

Phtisiologie. — Mme le Dr Marcelle Blanchy, 36, rue Vaneau (7e), est présente à Paris à partir du 24 juillet.

Chirurgie. — M. le Dr P.-A. Digeon, 1, place Victor-Hugo (16e), absent du 12 juillet au 1er août, est présent à Paris en août et en septembre. — M. le Dr Talheimer, 24, avenue Recteur Poincaré, est à Paris pendant toutes les vacances.

Ophtalmologie. — M. le Dr Paul J. Petit, 19, rue de Bourgogne (7e), est présent pendant le mois d'août.

Oto-rhino-laryngologie. — M. le Dr Marcel Wisner, assistant d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, 64, rue de Miromesnil, est présent en août et en septembre.

Electroradiologie. — M. le Dr René Delapchier, 90, rue de Rennes, est présent en août et absent du 1er au 30 septembre.

Nécrologie. — Le Dr Gaston Lévy (de Nancy), MM. les Drs Maurice Hanotte et Michel Godefroy font part de la mort de Mme Paul Hanotte. Le Dr Pierre Corret, président de l'Association internationale de la Radio; le Dr Rouillard, médecin des hôpitaux de Paris; le Dr Fernand; Gavut, professeur à l'École de médecine de Dijon; le Dr Edouard de Ribaucourt, ancien professeur à l'Université de Paris; le Dr G. Belgy (de Marseille), le Dr Hondot (d'Olargues), le Dr Gaston Lévy (de Nancy), le Dr Maurice Nicolas (de Paris), le Dr Félix-Emile Sarrazin (de Paris), le Dr Julien Coste (de Jausiers); le Dr Mousseaux (de Vittel), chevalier de la Légion d'honneur.

Mme Dausset, femme de M. le Dr Dausset; le Dr Matroy (de Liége); Mme Joseph Deniker mère, de M. le Dr Michel Deniker, chirurgien des hôpitaux de Paris; Mme Edouard Landrin, mère de M. le Dr Albert Landrin, commandeur de la Légion d'honneur; Mme Balley, belle-mère de M. le Dr Pellet (de Bourbonne-les-Bains); le Dr Auet (d'Amélie-les-Bains).

Mariages. — M. le Dr Vincent Cordonnier, ancien interne des hôpitaux, chargé de cours à la Faculté libre de médecine de Lille, et Mlle Françoise Dellone. M. le Dr Henry Ronot et Mlle Gerer, d'Engny; Mlle Michèle Courtois et M. François Flaudin, externe des hôpitaux de Paris. Mlle M.-L. Commassous et M. Guy Godlewski, externe des hôpitaux de Paris; Mlle Jeannine Néret-Minet et M. van Vandecasteele, interne des hôpitaux de Lille. Mlle Odile Dupuy et M. Michel De Moulin; Mlle Jeanne Fournier et M. le Dr Joseph Delepoulle.

Fiançailles. — Mlle Yvonne Lelong, fille de M. le Dr Lelong (d'Aix-les-Bains), et M. Jacques Jonas.

Naissances. — Daniel Gény, petit-fils de M. le Dr Maurice Perrin, (de Nancy). Nous adressons à M. et Mme Gény M. le Dr Maurice Perrin nos plus vives félicitations.

M. le Dr et Mme Dommesent-Deweine font part de la naissance de leur fils Jean-Pierre, M. le Dr et Mme Vandaele font part de la naissance de leur fils Xavier. M. le Dr et Mme Poumailloux font part de la naissance de leur fille, Nicole.

Faculté de médecine d'Aix-Marseille. — M. Moitessier est nommé professeur honoraire à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille.

Faculté de médecine de Bordeaux. — La médaille d'or du prix de l'internat en 1936 a été décernée :

Pour la *Section chirurgie*, à M. Darmaillacq, interne de 4e année.

Pour la *Section médecine*, à Verger Pierre, interne de 4e année.

Service de santé de la Marine. — *Liste des officiers du corps de santé autorisés à se présenter au concours pour l'obtention du titre de professeur agrégé dans les écoles de médecine navale.*

Les officiers du corps de santé dont les noms suivent sont autorisés à se présenter au concours pour l'obtention du titre de professeur agrégé dans les écoles de médecine navale, qui auront lieu à l'hôpital Sainte-Anne, à Toulon, aux dates indiquées ci-après :

LIGNE MÉDICALE. — A. *Agrégation d'anatomie, chirurgie* (Section de chirurgie générale). Le 11 septembre 1936 : M. le médecin principal Dupas, chirurgien des hôpitaux maritimes, médecin-major de l'*Armorique*, à Brest. Les médecins de 1re classe : MM. Barge, en service à Brest ; Badelon, en service à Toulon ; Siméon, en service à Rochefort.

B. *Agrégation de physiologie, médecine.* Le 14 septembre 1936; Les médecins principaux, médecins des hôpitaux maritimes MM. Mondon, en service à Toulon, Germain, en service à Lorient.

Ces officiers devront être rendus à Toulon la veille du jour fixé pour ces concours.

Légion d'honneur. — Sont promus : *Au grade d'officier* : le médecin-commandant honoraire Julien Vichot ; M. le Dr Georges Profichet (Le Havre).

Sont nommés au grade de chevalier : M. le Dr Henri Gourichon, médecin des P. T. T. ; M. le Dr Louis Aubry (Saint-Louis de la Réunion) ; M. le Dr Pierre Jouenne (Dakar) ; M. le Dr Magallon-Graineau (Fort-de-France) ;

NOUVELLES *(Suite)*

M. le Dr Ricou (Pointe-à-Pitre) ; M. le Dr Brunet (Marseille) ; M. le Dr Chevrey (Orléans). Médecin capitaine Boudon (15e région). Médecin commandant Boussuge (14e région). Médecin capitaine Grandjean (région de Paris). Médecin capitaine Charrasse (15e région). Médecin capitaine Vanlaer (1re région). Médecin lieutenant Ronce (région de Paris). Médecin capitaine Chapotin (5e région). Médecin capitaine Copreaux (8e région). Médecin capitaine Geffroy (19e corps d'armée). Médecin capitaine Bruneau (15e région). Médecin commandant Eliot (région de Paris). Médecin capitaine Molas (17e région). Médecin capitaine Le Treut (4e région). Médecin lieutenant de Raymond (16e région). Médecin commandant Lancon (troupes de Tunisie). Médecin lieutenant Douffiagues (19e corps d'armée). Médecin commandant Roger (11e région). Médecin capitaine Breton (5e région). Médecin commandant Loze (1re région). Médecin capitaine Brisard (11e région). Médecin lieutenant-colonel Thévenot (14e région). Médecin capitaine Barrois (1re région). Médecin commandant Chapuis (2e région). Médecin capitaine Ménage (9e région). Médecin commandant Gate (14e région). Médecin capitaine Routier (2e région). Médecin capitaine Bandot (6e région). Médecin commandant Faure-Beaulieu (troupes du Maroc). Médecin commandant Delemontey (19e corps d'armée). Médecin commandant Algan (20e région). Médecin commandant Duhot (1re région). Médecin commandant Renevey (5e région). Médecin capitaine Besnard (région de Paris). Médecin capitaine Guyonnet (9e région). Médecin capitaine Philip (15e région). Médecin capitaine Rigaud (17e région). Médecin capitaine Huc (9e région). Médecin capitaine Corbineau (9e région). Est promu, *au grade d'officier* : M. le Dr Henri Presle, médecin assermenté de l'Administraction centrale des Finances.

Sont nommés *au grade de chevalier* : M. le Dr René Chamiriade (de Saint-Pierre-de-Chignac), M. le Dr Dussauze (de Saint-Jean d'Angély), M. le Dr Garreau-Fonneuve (de Sainte-Foy-la-Grande), M. le Dr Gaston Reynaud (de la Tour-d'Aignes).

Concours pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène du Gers. — Il sera ouvert à Paris, au ministère de la Santé publique, un concours sur titres, pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène du Gers.

Les candidats à cet emploi devront être âgés de vingt-cinq au moins et de trente-cinq ans au plus au 31 décembre 1936. La limite d'âge maximum peut être reculée d'un temps égal à la durée des services civils ou militaires ouvrant des droits à la retraite.

Les demandes, rédigées sur timbre, devront être adressées, avant le 25 août 1936, au préfet du Gers, à qui il convient de s'adresser pour obtenir tous renseignements complémentaires, notamment la liste des pièces à fournir par les candidats.

Le traitement va, par échelons, de 47 000 à 59 000 francs. Il s'y ajoute les indemnités de résidence et de charges de famille accordées aux fonctionnaires de l'Etat.

Médaille d'honneur de l'Assistance publique. — Il est attribué pour services exceptionnels rendus à l'Assistance Publique les récompenses ci-après :

Médaille d'or. — M. le Dr Baruk (de Sainte-Gemmes-sur-Loire).

Médailles d'argent. — MM. les Drs Debret (de Troyes), Duclos (de Condom), Loubat (de Bordeaux), Jallot et Lamy (de Renazé), Mignot (de Château-Gontier), Plagnieux (de Sarreguemines), Beaufils (de Moulins-Engelbert), Dehaine (d'Aire sur la Lys), Rhenter (de Lyon), Chatelot (de Villersexel), Durand (de Montreuil), Rocher (de Rouen).

Médailles de bronze. — MM. les Drs Papin (du Mans), Aubert (de Bry-sur-Marne), Gaillard de (Valensole), Jacquelin (de Troyes), Coulomb et Teissier (de Nîmes), Jourdran (de Saint-Egrève), Bouvet, Mandy et Porte (de Saint-Etienne), Boue et Delteil (d'Agen), Lambert (d'Ingrandes), Hermann (de Revigny), Gelly (de Bar-le-Duc).

Sortie de l'Ecole d'application du service de santé du Val-de-Grâce. — Les officiers du corps de santé sortant de l'école d'application du service de santé militaire reçoivent les affectations suivantes :

Médecins lieutenants : Aumeunier, hôpital de Briançon ; Curveille, base aérienne 104, le Bourget-Dugny ; Godefroy, 32e d'infanterie, Tours ; Biojout, hôpital Percy, Clamart ; Royer, 305e d'artillerie, Besançon ; Fromaget, hôpital Desgenettes, Lyon ; Fabre, 20e chasseurs alpins, Antibes; Boucher, hôpital Dominique-Larrey, Versailles ; Turon, 65e d'infanterie, Nantes ; Martin-Barbaz, 18e chasseurs alpins, Grasse ; Vosselmann, Maroc ; Lafuma, hôpital de Grenoble ; Gillet, 19e corps ; Persatre, hôpital Villemin, Paris ; Sauvan, 75e alpin de forteresse, Sospel ; Dannonay, 74e alpin de forteresse, Saint-Sauveur ; Guillot, 70e alpin de forteresse, Bourg-Saint-Maurice ; Castel, 7e chasseurs alpins, Albertville.

Poulain, 57e d'infanterie, Amiens ; Francelin, 27e tirailleurs, Arles ; Hoff, camp de Cazaux ; Kulczewski, 72e alpin de forteresse, Embrun ; Morvan, 158e d'infanterie, Mutzig ; Chevrat, 36e d'artillerie, Issoire ; Chedru, 1er génie, Strasbourg ; Fratani, 18e génie, Nancy ; Lenoir, 31e chasseurs à pied, Mulhouse ; Gillot, 29e chasseurs à pied, Gérardmer ; Faveret, 94e d'infanterie, Bar-le-Duc ; Etienney, hôpital de Mulhouse ; Deyne, 8e dragons, Lunéville ; Morin, 13e tirailleurs, Metz ; Klein, 3e hussards, Sarreguemines ; Wurtz, 172e d'infanterie, Strasbourg ; Garnung, 35e d'infanterie, Belfort ; Balde, 6e tirailleurs, Verdun ; Maye, hospice de Saint-Brieuc ; Denian, 24e tirailleurs, Fontenay-le-Comte.

Robin, 21e tirailleurs, Epinal ; Garbies, 19e corps ; Larauche, 1er d'artillerie, Auxonne ; Dedieu, 91e d'infanterie, Mézières ; Fargeot, 403e D. C. A., Toul ; Pechier, 16e chasseurs à pied, Toul ; Molinié, 18e chasseurs à cheval, Saint-Avold ; Paulin, 155e d'infanterie, Sedan ; Rolin, Tunisie ; Picheyre, 59e d'artillerie, Morhange ; Torta, 30e chasseurs à pied, Saint-Nicolas-du-Port ; Le Gaolach, 19e corps ; Plan, hôpital d'Haguenau ; Gay, hospice d'Amiens ; Viaud, 1er d'infanterie, Le Quesnoy ; Alibert, 103e d'artillerie, Commercy ; Nicolas, hospice de Laon ; Gabrielle, hôpital Legouest, Metz.

Bisset, hôpital de Sarrebourg ; Gloaguen, hospice de Lunéville ; Chagnoux, hospice de Chaumont ; Baron, hôpital de Mourmelon ; Nadaud, hôpital de Verdun ; Pages, 62e d'infanterie, Leyviller ; Chamagne, 146e d'infanterie camp de Teting ; Mathon, camp d'Avord ; Gon-

NOUVELLES *(Suite)*

jou, hôpital Gama, Toul ; Arnal, 168e d'infanterie, camp d'Elzange ; Veyrat, 168e d'infanterie, camp d'Angevillers ; Laurent, 162e d'infanterie, camp de Boulay ; Guichard, hôpital de Verdun ; Girand, 149e d'infanterie, camp de Doncourt ; Saboya, hôpital d'instruction du Val-de-Grâce.

Clinique obstétricale Baudelocque, 121, boulevard de Port-Royal ; professeur : A. Couvelaire.

Cours de vacances. — Un cours de pratique obstétricale et un cours de perfectionnement, avec stage, auront lieu à la clinique Baudelocque, le premier d'une durée de deux semaines, du 7 au 20 septembre, le second d'une durée de quatre semaines, du 5 au 31 octobre.

Cours de septembre. — Ce cours sera dirigé par MM. Lacomme et Sureau, accoucheurs des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Desnoyers, Ravina, Digonnet, accoucheurs des hôpitaux, M. Powilewicz, Mmes Anchel-Bach, Fayot-Petit-Maire, anciens chefs de clinique, M. Lepage, chef de clinique, MM. Coen, Grasset, Landrieu, anciens internes des hôpitaux, M. Boros, interne des hôpitaux, M. Mouchotte, aide de clinique.

Ce cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers ; il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques qui auront lieu tous les jours. Les auditeurs seront individuellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un certificat sera donné à l'issue de ce cours.

Programme du cours. — *Lundi 7 septembre.* — 10 heures à 11 heures : Examen de femmes enceintes (M. Boros) ; 11 heures à midi : Complications de la délivrance (M. Sureau) ; 14 h. 30 : Forceps dans les variétés directes (M. Coen).

Mardi 8 septembre. — 10 heures à 11 heures : Examen de femmes enceintes (M. Lepage) ; 11 heures à midi : Diagnostic et traitement des hémorragies pendant la gestation (M. Digonnet) ; 14 h. 30 : Forceps dans les variétés obliques antérieures (M. Coen).

Mercredi 9 septembre. — 10 heures à 11 heures : Examen de femmes en travail (M. Boros) ; 11 heures à midi : Présentation de malades (M. Lacomme) ; 14 h. 30 : Forceps dans les variétés transverses et postérieures (M. Coen).

Jeudi 10 septembre. — 10 heures à 11 heures : Examen de femmes enceintes (M. Lepage) ; 11 heures à midi : Diagnostic et traitement des viciations pelviennes (M. Desnoyers).

14 h. 30 : Foceps dans les présentations du sommet : Revision (M. Coen).

Vendredi 11 septembre. — 10 heures à 11 heures : Consultation de femmes enceintes (Mme Anchel-Bach) ; 11 heures à midi : Le diagnostic biologique de la grossesse (M. Sureau) ; 14 h. 30 : Forceps dans les présentations de la face et du front (M. Grasset).

Samedi 12 septembre. — 10 heures à 11 heures : Visite à l'isolement (Mme Fayot) ; 11 heures à midi : Diagnostic et traitement des anomalies de la dilatation (M. Ravina) ; 14 h. 30 : Visite du musée (M. Landrieu) ; 15 h. 30 : Extraction du siège (M. Landrieu).

Lundi 14 septembre. — 10 heures à 11 heures : Examen de femmes enceintes (M. Lepage) ; 11 heures à midi : Albuminurie et éclampsie convulsive (M. Lepage) ; 14 h. 30 : Version par manœuvres internes (M. Landrieu).

Mardi 15 septembre. — 10 heures à 11 heures : Examen de femmes enceintes (M. Boros) ; 11 heures à midi : Tumeurs au cours de la gestation et de l'accouchement (M. Sureau) ; 14 h. 30 : Dilatation artificielle du col ; Ballons de Champetier de Ribes (M. Coen).

Mercredi 16 septembre. — 10 heures à 11 heures : Complications de l'avortement (Mme Fayot) ; 11 heures à midi : Présentation de malades (M. Lacomme) ; 14 h. 30 : Embryotomie rachidienne (M. Lepage).

Jeudi 17 septembre. — 10 heures à 11 heures : Visite à l'isolement (Mme Fayot) ; 11 heures à midi : Les infections puerpérales (M. Sureau) ; 14 h. 30 : Basiotripsie (M. Lepage).

Vendredi 18 septembre. — 10 heures à 11 heures : Visite dans les salles de suites de couches (M. Lepage) ; 11 heures à midi : Soins à donner au nouveau-né ; allaitement (M. Powilewicz) ; 14 h. 30 : Mort apparente du nouveau-né (M. Grasset).

Samedi 19 septembre. — 10 heures à 11 heures : Examen de femmes enceintes (M. Boros) ; 11 heures à midi : Diagnostic et traitement de la syphilis maternelle, fœtale, infantile (M. Powilewicz) ; 14 h. 30 : Lésions des voies génitales au cours de l'accouchement et leur traitement (M. Sureau).

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la Clinique Baudelocque.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au Secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures et à l'A. D. R. M. (Salle Béclard) tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

Le droit à verser est de 150 francs.

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

24 Aout. — *Glasgow.* Congrès des médecins homéopathes.

31 Aout. — *Lyon.* École du service de santé militaire. Oral des candidats admissibles à l'École du Service de santé militaire.

1er Septembre. — *Paris.* Faculté de médecine. Réou-

NOUVELLES *(Suite)*

verture de la bibliothèque les mardis, jeudis et samedis de 14 à 17 heures.

1er SEPTEMBRE. — *Wiesbaden*. Congrès international d'actinothérapie.

3 SEPTEMBRE. — *Lund*. Congrès international du rhumatisme.

3 SEPTEMBRE. — *Nancy*. Hôpital militaire. Oral des candidats admissibles à l'Ecole du Service de santé militaire de Lyon.

5 SEPTEMBRE. — *Athènes*. Cours de haute culture médicale Tomarkin.

5 SEPTEMBRE. — *Paris*. Val-de-Grâce. Oral des candidats admissibles à l'Ecole du Service de santé militaire de Lyon.

5 SEPTEMBRE. — *Lucerne*. IIe Semaine médicale internationale de Suisse.

7 SEPTEMBRE. — *Lisbonne*. Attribution des bourses d'études à l'Institut Carlo Forlanini.

7 SEPTEMBRE. — *Paris*. Ouverture du registre d'inscription pour le concours de l'internat et des prix de l'externat.

7 SEPTEMBRE. — *Paris*. Ouverture du registre d'inscription pour le concours pour la nomination à deux emplois de médecin chef de service des asiles publics d'aliénés de la Seine.

7 SEPTEMBRE. — *Lisbonne*. Conférence de l'Union internationale de la tuberculose.

7 SEPTEMBRE. — *Montréal*. Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord et du Canada.

7 SEPTEMBRE. — *Athènes*. Ouverture du VIIIe Cours international de haute culture médicale et visite archéologique de la Grèce.

11 SEPTEMBRE. — *Rennes*. Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physique à l'École de médecine de Rennes.

CHRONIQUE DES LIVRES

La cure de soleil, par le Dr A. ROLLIER (de Leysin), membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris. Un vol. in-4 de 212 pages avec 185 figures : 65 francs (*J.-B. Baillière et Fils, éditeurs*, 19, *rue Hautefeuille, Paris*).

Comme nul ne l'ignore, le grand mérite de Rollier, dans le traitement des tuberculoses chirurgicales, est d'avoir remplacé l'insolation locale que pratiquaient exclusivement ses prédécesseur, par l'insolation de toute l'enveloppe tégumentaire. C'est aussi, par l'association du climat d'altitude à l'héliothérapie totale, d'avoir visé comme but principal le relèvement de l'état général des malades ,al complète rénovation de leur organisme.

Dans le monde entier, il a fait école, et chacun prétend aujourd'hui faire de la cure solaire, mais rares sont ceux qui en connaissent bien les principes. C'est l'origine de nombreux accidents ; l'héliothérapie n'est efficace qu'exactement dosée et strictement individualisée. La posologie et la technique des bains de soleil forment donc un des chapitres les plus importants du nouveau livre.

Merveilleux sont les résultats obtenus. C'est ce qu'apprend le chapitre réservé à leur description ; c'est ce dont témoignent surtout, parmi les 185 figures et les 23 planches qui illustrent l'ouvrage, ces photographies où, par exemple, un pottique, gibbeux et cachectique avant le traitement, apparaît quelques mois plus tard redressé, fortement musclé, resplendissant de sante, méconnaissable. D'autres photographies démontrent avec non moins d'éloquence la solidité des guérisons. Ce sont celles d'une série d'anciens malades dont Rollier a traité les tout premiers il y a plus de trente ans.

Néodiathermie à ondes courtes, par N. BORDIER agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, et T. KOFMAN Un vol. in-8 de 135 pages avec figures : 24 francs (*J.-B. Baillière et Fils, éditeurs*).

Après avoir rappelé quelques notions essentielles sur les oscillations électriques : courants de haute fréquence, ondes courtes, capacité électrique et self induction, les auteurs étudient dans une première partie les dispositifs pour obtenir, mesurer et répartir celles-ci ainsi que les moyens de propagation et d'application à l'homme (nombreux appareillages longuement étudiés).

Dans une deuxième partie, ils rappellent les propriétés physiques (calorifiques et proprement spécifiques) des ondes courtes et leurs effets biologiques sur les végétaux, les micro-organismes, les colloïdes et les toxines, les petits animaux, sur l'homme enfin. Ils montrent les modifications que font subir aux tissus et organes les ondes courtes ainsi que le mécanisme de ces modifications.

Dans un troisième chapitre, ils en arrivent aux conclusions thérapeutiques et insistent en particulier sur la technique, les doses, les indications et les contre-indications :

1° Des applications *segmentaires* dans les rhumatismes, les arthrites, les lésions cutanées inflammatoires, les affections du tube digestif, les différentes névralgies, etc. ;

2° Des applications *générales* (fièvre artificielle, pyrothérapie, thermothérapie) dans les maladies du système nerveux, les affections de l'appareil circulatoire, les maladies de la nutrition, les insuffisances endocriniennes, les maladies allergiques ;

3° Des applications *chirurgicales*, opératoires ou postopératoires.

VARIÉTÉS

SONNETS DANS LE CIEL

Par le Dr Édouard IMBEAUX

I

LA PETITE OURSE A LA GRANDE

La Grande Ourse, archipel de l'Océan
sans bords.

(SULLY-PRUDHOMME.)

Dis-moi, ma vieille sœur, toi le grand Chariot
« A la lenteur précise, à la froide lumière (1) »,
Qui depuis si longtemps sans heurt et sans cahot
Roule en rond comme moi, pourquoi fais-tu la
[fière ?

Comme toi suis-je pas un lumineux îlot
Dans le même archipel de la mer sans frontière ?
Plus petite est ma roue et plus près du pivot
Autour duquel, vois-tu, tourne la sphère entière ;

Et moi je tourne aussi, mais avec moins d'effort
Et moins vite que toi. L'étoile la plus claire
De mon char minuscule indique bien le Nord,

Et marque le grand axe au système solaire ;
Oui, l'axe qui du monde est l'appui, le support, —
Et tous les yeux humains regardent ma Polaire.

II

LA TÊTE DE MÉDUSE

En montant dans l'azur où l'appelaient les Dieux,
Persée y transporta la tête de Méduse :
En elle on voit encor grande fureur incluse.
Mais elle resplendit d'un éclat radieux :

Les serpents ayant tu leurs sifflets odieux,
Tout pouvoir maléfique au monstre se refuse ;
De l'Égide il ne peut pétrifier Créuse (2) ;
Car un astre scintille en chacun de ses yeux,

Et le changeant Algol (3) n'a plus rien de féroce.
Jadis tu figurais la jalousie atroce,
La discorde et la haine, ô Gorgone sans mains,

Et ta tête effrayait tous les pâles humains.
Eh bien, reste clouée en ton ciel solitaire,
Et ne redescends plus, Méduse, sur la terre !

(1) Vers du sonnet de Sully-Prudhomme.
(2) Créuse, femme de Jason (succéda à Médée).
(3) Nom d'une des étoiles, à l'éclat variable.

III

PERSÉE ET ANDROMÈDE
(avec Céphée et Cassiopée).

La femme de Céphée, un roi d'Éthiopie,
A méprisé Junon. — Et la Reine des Cieux
S'est vengée en lâchant un monstre furieux
Sur le pays : il faut que la jeunesse expie !

Et tous les ans, hélas, se fait le choix impie
D'une vierge qu'on doit, otage précieux,
Livrer à l'hydre infâme. — Et le sort odieux
Tombe sur Andromède... Or, comme évanouie

Elle gît sur la roche, attendant le trépas,
Voici qu'avec Pégase est arrivé Persée :
Il la délivre... puis, charmé de tant d'appas,

Il l'épouse aussitôt... Mais, la noce passée,
Jupiter dans l'azur parfait leur union,
Et change la famille en constellation.

IV

LA CHIMÈRE ET BELLÉROPHON

Sa gueule de lion s'ouvre et vomit la flamme ;
Son corps de chèvre est grêle, et sa queue en ram-
[pant
S'enroule et se déroule en replis de serpent...
Et pourtant Elle est belle, et pourtant Elle est
[femme,

Et l'homme qui s'enivre à son baiser infâme
Par Elle est dévoré : le Monstre en le happant
A ses jambes se rive, à ses bras se suspend,
Et le cloue à la terre, et lui prend corps et âme.

Il faut pour la dompter venir d'en haut, par l'air.
Or un beau jour voici que monté sur Pégase
Bellérophon saisit la Chimère et l'écrase ;

Puis Zeus, les enlevant tous trois dans un éclair,
Les fixe au ciel ! — C'est donc au ciel, Homme
[éphémère,
Qu'il te faut désormais poursuivre la Chimère !

V

ORION, OU LE CHASSEUR CÉLESTE

Diane a rencontré le chasseur Orion.
Il est grand, il est beau : bref, sitôt elle l'aime.
Mais il la dédaigne... Et la Chasseresse blême
Pour se venger le fait piquer d'un scorpion.

VARIÉTÉS *(Suite)*

Il meurt... Et comme pour jadis Endymion
Elle emporte son corps immortel au ciel même
Pour qu'il guide là-haut une chasse suprême :
Et le Chien compléta la constellation.

Poursuis donc, ô Chasseur, dans ta céleste course
Les Pléiades, le Lynx, les Lions, la Grande Ourse,
Bellatrix, Bételgeuse, Aldébaran, Rigel,

Sirius t'éclairant dans ton cycle éternel !
Mais oublie, Orion, ta terrestre rancune :
Ne poursuis pas, crois-moi, ne poursuis pas... la [Lune !

VI

LES GÉMEAUX (CASTOR ET POLLUX)

Divins fils de Léda, très brillants Dioscures,
Qui fraternellement conjoints et réunis,
Ensemble vieillissant, ensemble rajeunis,
Partageâtes toujours périls, gloire, aventures,

Vous que n'a pu scinder la Mort aux mains im- [pures,
Et qui marquez au ciel, astres jamais ternis,
La route du Soleil aux orbes infinis,
Brillez, Gémeaux, brillez durant les nuits obs- [cures !

Brillez, illuminez de vos feux tour à tour,
Frères, les deux moitiés de notre triste globe !
Oui, brillez chaque nuit du crépuscule à l'aube,

Afin qu'à votre exemple un fraternel amour,
Unissant les humains dans une douce étreinte,
Enseigne à tous les cœurs la fraternité sainte !

VII

LA COURONNE D'ARIANE

Dumque volat, gemmæ subitos vertuntur in ignes,
Consistuntque loco, specie remanente coronæ.
OVIDE (*Métamorphoses*, livre VIII).

Ariane, à Naxos où la perdit Thésée,
A rencontré Bacchus. Le divin amoureux,
Près d'elle ayant passé quelques jours bienheu- [reux,
Sur le front lui sertit, de gemmes composée,

De perles scintillante et de nacre irisée,
Une grande couronne. — Or, en quittant ces lieux
Le Dieu veut à jamais la voir briller aux cieux :
Dans l'azur il la lance ainsi qu'une fusée ;

Et chaque pierre alors, rubis ou diamant,
A la voûte étoilée, astre naissant, s'incruste,
Et leur groupe se forme en ovale, et s'ajuste.

Cependant, sur la rive où la laisse l'amant,
Que la triste Ariane, esseulée en ses voiles,
Agonise... et meurt sous sa couronne d'étoiles.

VIII

LA CHEVELURE DE BÉRÉNICE (1)

Ptolémée Evergète est parti pour la guerre,
Car il veut fortement punir l'Assyrien.
Alors, unie au roi par un double lien,
Bérénice au succès des armes de son frère

Voua sans hésiter sa chevelure claire :
Coupée, on la suspend au temple égyptien
De Vénus-Zéphyrite où Conon est gardien.
Or, quand le roi vainqueur voulut l'y voir, mys- [tère,

Elle avait disparu ! — Le prêtre, astucieux,
Venant de découvrir sept étoiles nouvelles,
Déclara que c'étaient les tresses immortelles

De la Reine, qu'ainsi Vénus fixait aux cieux :
Et depuis le Soleil réchauffe de sa flamme,
Du Bouvier au Lion, de doux cheveux de femme.

IX

IRIS (L'ARC-EN-CIEL)

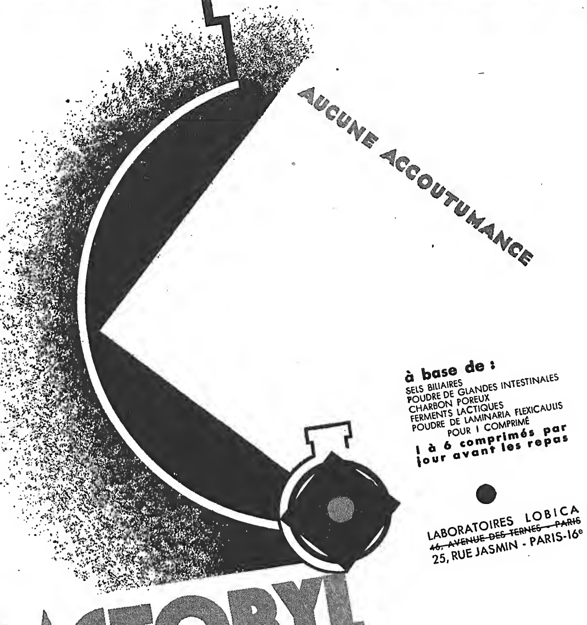
Junon, reine du Ciel, a pour ambassadrice
Iris, la blonde fille à Thaumas le titan ;
Mais pour gagner la Terre ou quelqu'un l'habitant
Il faut qu'avec l'Olympe un pont la réunisse.

Jupiter a chargé Vulcain de cet office :
Mais le Dieu-forgeron pour ce grand arc-boutant
N'a pour matériaux qu'un rayon éclatant
De lumière... et pourtant il faut qu'il aboutisse.

Alors il décompose en sept couleurs les rais,
Du violet au rouge en passant par le jaune,
Et ces arcs colorés comme autant de longs traits

Atteignent notre globe en l'une ou l'autre zone
Suivant les points où s'est réfracté le Soleil.
Et la légère Iris glisse sur l'arc-en-ciel.

(1) Catulle a déjà traité ce sujet.


CONSTIPATION
AUCUNE ACCOUTUMANCE
à base de :
SELS BILIAIRES
POUDRE DE GLANDES INTESTINALES
CHARBON POREUX
FERMENTS LACTIQUES
POUDRE DE LAMINARIA FLEXICAULIS
POUR 1 COMPRIMÉ
1 à 6 comprimés par jour avant les repas
LABORATOIRES LOBICA
~~46, AVENUE DES TERNES - PARIS~~
25, RUE JASMIN - PARIS-16e
LACTOBYL
REEDUCATEUR DE L'INTESTIN

VARIÉTÉS *(Suite)*

X

LA CHAISE ET LA BALANCE

Au salon de la Nuit fauteuil vertigineux,
Un groupe d'astres brille et figure une chaise :
Pied d'avant, pied d'arrière, et pour s'asseoir à
[l'aise
Siège et dossier. — O grand escabeau lumineux,

Si lointain au-dessus du sol fuligineux
De notre pauvre Terre et de boue et de glaise,
Qui donc un jour viendra sur ta haute cimaise,
Qui donc viendra sur toi trôner du fond des cieux?

Viendra-t-il Celui-là, dans l'effrayant silence
De l'espace infini, viendra-t-il de ses mains
A la voûte d'azur décrocher la Balance

Pour tout juste y peser les âmes des humains ?
Qui que tu sois, pitié pour notre défaillance,
O Juge, en ce grand jour, grand jour sans lende-
[mains !

XI

L'ASSOMPTION (Sonnets jumeaux)

(D'après le tableau peint par le Titien pour les Frari, de Venise, et qui après avoir été à l'Académie des Beaux-Arts de cette ville a été replacé, en 1925, aux Frari, derrière le grand autel).

I. SUR LA TERRE

Celle dont le Cœur fut percé des sept douleurs,
Celle qui vit mourir sur une Croix infâme
Son Fils, Celle qui fut sublime et sainte femme,
La fleur immaculée entre toutes les fleurs,

Gît mourante au milieu des disciples en pleurs.
. . . .
Que feront-ils du corps quand elle rendra l'âme ?
Le mettre au sépulchre ou le livrer à la flamme,
La tombe à Nazareth ou le bûcher ailleurs ?

Il faudrait le soustraire à nos terrestres fanges :
Mais comment ? — Et tandis qu'à voix basse,
[anxieux,
Ils discutent, soudain apparaissent des anges ;

Et Marie, éveillée aux bruissements étranges
De leurs ailes se dresse, et d'un vol gracieux
S'élève en leur essaim jusqu'au plus haut des
[cieux.

XII

II. AU CIEL

Au seuil du paradis le groupe est entouré :
Car pour glorifier Celle qui les délivre
Se pressent à l'envi les Saints de l'Ancien Livre,
Adam, le premier père, Abraham et Noé,

Et le vieux roi David au kinnor inspiré,
Et Joseph que la joie en ce moment enivre.
Puis tous les purs Esprits, rangés dans l'ordre à
[suivre,
Montant jusqu'au siège où Dieu triple est adoré,

Séraphins, Chérubins, Trônes, la foule entière
Des Dominations à qui tout se soumet,
Reconnaissent leur Reine. — Et Jésus, au som-
[met,

De l'homme ayant repris sa figure première,
Reçoit sa sainte Mère en ses bras, et lui met
Une couronne, au front, d'astres et de lumière.

(Extrait des *Mémoires de l'Académie de Stanislas*, 1934-1935.)

LA MÉDECINE AU PALAIS

LA RESPONSABILITÉ DES HOPITAUX

(Suite)

« Que, rentrée à la maison maternelle, sa mère a remarqué une irritation locale le premier jour, 31 octobre 1927 ; que le 3 novembre le Dr H. de M. a constaté un écoulement de nature blennorragique ; que la sœur de Marguerite, Jeanne, âgée à ce moment de deux ans, partageait dans la famille le lit de sa sœur ; qu'un examen médical de cette seconde fillette, en novembre 1927, révéla chez elle également une vulvo-vaginite gonococcique ; qu'elle fut en plus atteinte d'une ophtalmie gonococcique ; que les deux enfants ont dû suivre des traitements de longue durée, qu'il y avait des guérisons apparentes et des rechutes chez les deux ; que Marguerite semble complètement guérie depuis le 14 novembre 1930 et Jeanne depuis le 12 juillet 1930, sauf imprévu ;

Attendu que le père des deux enfants L...., demandeur en son propre nom et comme leur représentant légal, a actionné, par acte introductif d'instance présenté le 18 octobre 1928, les hôpitaux civils devant le tribunal de première instance en dommages-intérêts, prétendant que Marguerite avait été contagionnée pendant son hos-

pitalisation et que la défenderesse en était responsable ;

Attendu que celle-ci a conclu au débouté et a opposé à la demande en résumé les objections suivantes : 1° que non les tribunaux civils, mais les tribunaux administratifs étaient compétents ; 2° qu'il n'était pas démontré que Marguerite L. avait contracté sa maladie par contagion pendant l'hospitalisation ; 3° qu'en tout état de cause il n'y avait aucune faute d'un préposé des hôpitaux qui aurait causé l'accident ; 4° que la mère L. elle-même avait agi avec imprudence en se servant pour sa fille d'un vase de nuit d'une autre enfant soignée dans l'hôpital pour vulvo-vaginite gonococcique ; 5° qu'en dernier lieu la défenderesse a contesté le montant ;

Attendu que le tribunal de première instance a ordonné une enquête par témoins et des expertises ;

Attendu qu'en dernier lieu le père des enfants a conclu : condamner la défenderesse à payer au demandeur ès-qualité 100 000 francs avec intérêts à 5 p. 100 à partir de la signification de la demande ; dire et juger que la défenderesse est responsable pour toutes les suites futures étant conséquence de la contamination dont a été victime dans les locaux de la défenderesse Marguerite et Jeanne L... et étant la conséquence du séjour de Marguerite à l'hôpital du 22 septembre au 31 octobre 1927 ; condamner la défenderesse en tous les dépens ;

Attendu que le tribunal de première instance a rendu trois jugements :

1° Jugement du 2 octobre 1930 sur l'admissibilité de la demande devant les tribunaux civils : Attendu que cette contestation est réglée définitivement par arrêt de la Cour de Colmar du 2 décembre 1932 ayant acquis force de chose jugée qui établit la compétence du tribunal civil ;

2° Jugement du 24 janvier 1934 déclarant la défenderesse responsable du préjudice causé aux demandeurs et allouant 10 000 francs à titre de provision sous réserve du montant ;

3° Jugement du 22 novembre 1934 sur le montant, condamnant les hôpitaux à payer au demandeur ès-qualité la somme de 30 000 francs avec les intérêts à 5 p. 100 à partir de la signification de la demande, y compris les 10 000 francs de provision ; disent que les hôpitaux sont responsables de toutes les suites futures qui seraient la conséquence de la contamination dont a été victime à la suite de son séjour dans leurs locaux du 22 septembre au 31 octobre 1927, Marguerite L... et par voie de conséquence Jeanne L... ; repoussant toute

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

conclusions plus amples ou contraires ; condamnant enfin les hôpitaux aux dépens ;

Attendu que la défenderesse a interjeté appel contre le jugement du 24 janvier 1934 sur le fond et contre le jugement du 22 novembre 1934 sur le montant ; que les consorts L... ont interjeté appel contre le jugement du 22 novembre sur le montant ;

Sur la procédure : Attendu que par arrêt de la Cour du 2 décembre 1932 qui est définitif, il est établi que Marguerite L... a été confiée aux hôpitaux en vertu d'un contrat de droit privé et que pour l'action en dommages-intérêts pour exécution défectueuse les tribunaux ordinaires sont appelés à statuer ; qu'en conséquence il y a lieu d'éliminer toute discussion sur ce point et d'appliquer les règles du droit civil dans les relations entre les parties ; que conformément aux conclusions des deux parties la Cour statuera par un seul arrêt sur le fond et sur le montant ; que la provision allouée par jugement du 24 janvier 1934 est à prendre en considération si une condamnation de la défenderesse devait être prononcée.

Sur la relation de cause à effet entre l'hospitalisation et la contagion : Attendu qu'il résulte des éléments du dossier et particulièrement des expertises des professeurs S. et L. que la maladie n'existait pas lorsque Marguerite L. est entrée à l'hôpital, qu'on en apercevait les symptômes immédiatement après la sortie, que la période d'incubation est de trois à quatre jours, que dans ces conditions il n'y a que la possibilité d'une infection pendant le séjour de Marguerite L... à l'hôpital, d'autant plus qu'il se trouvait dans la même salle une petite fille S... qui y fut soignée pour la même maladie dont furent atteintes plus tard les deux enfants L...

Attendu qu'il semble également prouvé que Marguerite ait contaminé après son retour sa sœur Jeanne qui dormait dans le même lit ; que dès lors la relation de cause à effet entre le dommage qui fait l'objet du litige et la contagion de Marguerite L. dans les locaux des hôpitaux ne fait pas de doute.

Sur la responsabilité de la défenderesse :

Attendu que la défenderesse ayant assumé par contrat l'obligation d'hospitaliser et de soigner Marguerite L... pour fracture de la jambe, elle a pris en même temps implicitement à sa charge le devoir de prendre toute mesure utile pour que la malade ne soit pas exposée à un danger de contamination. *(A suivre.)*

ADRIEN PEYTEL,
Avocat à la Cour d'appel.

NÉCROLOGIE

LE PROFESSEUR GEORGES THIRY (DE NANCY) (1870-1936)

Le 12 juillet 1913, *Paris médical* signalait la nomination de Georges Thiry, comme agrégé d'histoire naturelle et de parasitologie, après un tardif et brillant concours.

Vingt-trois ans plus tard, nous avons le pénible devoir d'annoncer la mort de ce savant éminent, dont les travaux de laboratoire furent intimement mêlés pendant de longues années aux recherches des cliniciens de Nancy et de la région de l'Est.

Les sciences naturelles l'ont attiré, à l'exemple de son cousin germain, le distingué et regretté C. Brunotte (1860-1910), professeur à la Faculté de pharmacie.

Georges Thiry a participé à l'enseignement de la Faculté de médecine de Nancy depuis 1892, époque à laquelle il fut attaché par le professeur Macé au laboratoire d'histoire naturelle médicale. Il suivit son premier maître au laboratoire d'hygiène et à l'Institut sérothérapique de l'Est dont il fut sous-directeur pendant dix années. A cette époque, il collabora à la deuxième édition du Traité de bactériologie du professeur Macé, l'un des pastoriens les plus en vue.

Une transformation du laboratoire ramena Thiry auprès du professeur Vuillemin, dont il avait été également l'élève, et auquel l'apparentait un attrait spécial pour les études mycologiques.

Dans ses fonctions de chef des travaux, puis d'agrégé d'histoire naturelle et de parasitologie, et dans celle de chef du laboratoire bactériologique des cliniques de la Faculté de Nancy, il participa à tout le mouvement scientifique local. Sa renommée dépassa cependant le cadre de notre province, tant par sa participation aux sociétés savantes spécialisées, que par la diffusion de certaines de ses recherches, notamment de sa thèse inaugurale intitulée : « Bacilles polychromes et Actinomyces mordoré ». Cette étude de la fonction chromogène des micro-organismes présente un intérêt particulier ; elle a ouvert la voie aux recherches de Chamot, Jirou, Lasseur, Dombray, etc.

Les services militaires du professeur Georges Thiry et ses services dans divers organismes officiels d'hygiène publique, au Conseil d'hygiène départemental et dans les Commissions sanitaires, lui valurent de nombreuses et méritées distinctions.

Dans ces dernières années, l'activité scientifique du professeur Georges Thiry s'extériorisa moins que précédemment, obsédé qu'il était par le souci de la santé de sa vieille mère, qui l'a précédé seulement de quelques semaines dans la tombe.

Mais il n'en continua pas moins à s'intéresser tant qu'il le put à l'entretien des remarquables collections mycologiques réunies par le professeur Paul Vuillemin, ainsi qu'aux travaux pratiques et notamment à l'enseignement de la parasitologie, dont ses élèves gardent un souvenir inoubliable.

Le titre de professeur sans chaire lui avait été conféré après guerre. Il fut mis à la retraite et nommé professeur honoraire, lors des premières compressions budgétaires, c'est-à-dire à la fin de 1934.

M. PERRIN.

REVUE DES CONGRÈS

VI[e] CONGRÈS DE MÉDECINE DU MAROC

(Suite)

La culture d'Entamœba histolytica et ses applications cliniques.

Par H. BONNIN et J. COURDURIER (de Bordeaux).

La culture d'*Entamœba histolytica*, qui n'est guère sortie des laboratoires spéciaux, peut être aisément pratiquée dans les laboratoires banaux, en partant d'amibes, de kystes, très exceptionnellement de selles d'amibiens dont la coproscopie ne montre pas de kystes.

Des milieux « cliniques » peuvent être facilement préparés, avec des matériaux courants : sérum coagulé + sérum d'homme ou de cheval étendu de solution de Ringer + amidon par exemple. Bien que la cause en soit connue (Deschiens), la brièveté de la vie des amibes en cultures, qui n'est que de trois à dix jours, n'est pas encore augmentée de *façon utile pour le praticien*, de sorte que *pour le moment* le praticien débutant peut d'abord s'en tenir à ces milieux simples qu'il perfectionnera ensuite.

La culture d'*Entamœba histolytica* a surtout permis de mieux connaître la morphologie et le cycle évolutif de l'amibe (Dobell). Appliquée au diagnostic de l'infection, la culture apparaît comme un véritable moyen d'enrichissement, mais si peu supérieur aux examens directs sans ou après concentration que nous la considérons pour le moment en clinique comme une méthode de luxe.

Elle a permis des essais de diagnostic biologique : fixation du complément, intradermo-réaction, au résultat incertain et gêné par la présence de bactéries encore nécessaires aux cultures.

On aurait pu penser que les cultures d'amibes aideraient à résoudre le problème du pouvoir pathogène variable d'*Entamœba histolytica* ou de celui des soi-disant diverses espèces d'amibes de ce type ; non-infection, infection sans maladie, infection avec maladie se trouvent avec des souches pathogènes et même avec une même souche.

Est-ce la qualité de la flore microbienne (Deschiens) des cultures qui influe sur la virulence, comme les variations de la flore et chimisme intestinaux réveillent à toute échéance les accidents aigus ou chroniques de l'amibiase ?

Dans l'état actuel des choses on ne peut parler de souches pathogènes pour tous les hôtes en tous temps, ni même d'espèces ou de races d'amibes immuablement pathogènes ou non pathogènes : on peut seulement dire d'une souche qu'elle a été pathogène pour certains individus de certaines espèces dans certaines conditions.

L'amibiase en milieu indigène marocain.

Rapport de M. le D[r] FLYE SAINTE-MARIE.

Dans un premier chapitre le rapporteur étudie la

répartition géographique de la dysenterie amibienne au Maroc.

Fez est la ville la plus touchée par ce fléau ; après, il faut citer Ouezzan et Taza.

La dysenterie est rare dans la région des Doukkala et à Mogador, plus importante à Marrakech.

Le rapporteur fait ensuite une étude sur les protozoaires parasites de l'intestin rencontrés dans les entéropathies aiguës ou chroniques observées à Fez.

Dans l'amibiase intestinale aiguë, l'amibe était le plus souvent trouvée seule.

Dans l'amibiase chronique, le rapporteur l'a trouvée plus souvent associée à d'autres parasites, plus particulièrement l'*Entamœba dysenteriæ* qui est une fois sur deux associé à un protozoaire ou à des spirilles.

Les kystes d'amibes sont soit isolés, soit associés à d'autres protozoaires, mais ils se rencontrent bien moins souvent que les formes végétatives, dans la proportion à peu près de 1 à 6.

Enfin, l'auteur constate que 20 p. 100 des malades présentant des affections absolument étrangères au tube digestif sont des porteurs sains d'amibes dysentériques.

Rapports de la chirurgie et de l'amibiase au Maroc.

Par Pérard et Dubourreau.

Nous n'abuserons pas de votre temps, et puisque nos rapports vous ont été distribués, nous nous bornerons à vous en résumer les idées directrices.

Il nous a paru important tout d'abord de marquer l'évolution de l'amibiase depuis l'époque où, en 1912, notre président Spick opérait à Fez, avant l'émétine, des malades épuisés par d'énormes abcès et les voyait succomber malgré ses soins, jusqu'au climat actuel de l'amibiase des citadins d'aujourd'hui représenté en majorité par des formes bénignes ou latentes.

L'amibiase a donc évolué. A-t-elle diminué ? Notre réponse est négative, car les sources de contage : domesticité indigène, poussières, légumes, fruits, persistent et sont inévitables.

Ce qui semble caractéristique de la forme actuelle de l'amibiase dans les milieux européens civilisés, c'est sa chronicité d'emblée, sa latence, la présence en saprophytes des amibes dont le réveil peut prendre une forme aiguë ou sournoise.

Le problème est compliqué par la fréquence des colites chroniques, résultat des fermentations nombreuses pendant la saison chaude, favorisées par l'insuffisance du foie et la présence de nombreux parasites.

Quel est le rôle et la part des amibes dans ces colites chroniques, ce n'est ni de notre compétence ni de notre sujet, mais les communications nombreuses sur les colites para ou méta-amibiennes indiquent tout au moins l'embarras des auteurs.

Le chirurgien aura donc affaire à deux formes de l'amibiase : les formes aiguës qui deviennent plus rares dans les milieux civilisés et dont l'abcès du foie représente encore la majeure partie, et l'amibiase chronique, d'emblée ou non, avec ses formes pseudo-chirurgicales où il doit se garder d'intervenir.

Le traitement de l'abcès du foie, comme celui des autres localisations de l'amibiase aiguë, est un acte chirurgical purement mécanique, évacuateur des tissus nécrosés et dont le succès ne serait que passager s'il n'était associé au traitement médical

Sur la technique, tout le monde est d'accord, à quelques détails près, et nos difficultés dans les formes rares ne proviennent le plus souvent que de l'insuffisance ou du retard du diagnostic et de l'évolution anormale du pus en voie d'extériorisation.

Reste l'amibiase chronique, la plus fréquente à l'heure actuelle, avec ses formes qui simulent l'appendicite, l'ulcère de l'estomac, l'occlusion intestinale, sur lesquelles nous avons insisté. Nous aurions pu intituler ce chapitre « Des rapports que la chirurgie ne doit pas avoir avec l'amibiase », et c'est la conclusion que nous essayons d'en tirer.

Les erreurs commises par les meilleurs chirurgiens et dont nous vous avons présenté quelques observations, nous montrent la difficulté de la tâche.

Nous avons essayé, en nous inspirant des idées de Leriche, d'en chercher la raison dans le mécanisme intime de l'amibiase chronique.

La petite ulcération intestinale provoque une cicatrice, et ce tissu cicatriciel aboutit à une sclérose et à un névrome des terminaisons sympathiques qui se traduit par un spasme.

Le spasme du côlon est donc le point de départ de toutes ces manifestations, préside à leur symptomatologie et leur imprime ce caractère flou qui leur est propre.

Ce spasme, nous pouvons le contrôler par la radiographie dont le rôle est si important et en vérifier la nature par le traitement d'épreuve, s'il est d'origine amibienne récente.

Dans les vieilles amibiases résistantes à l'émétine et dans certaines colites chroniques nous pourrons peut-être obtenir un résultat par l'infiltration paravertébrale des ganglions sympathiques. Nos essais sont trop récents pour en donner les résultats.

Il ne faut pourtant, en aucun cas, subordonner la clinique à une opinion préconçue, s'hypnotiser sur l'amibiase et laisser passer l'heure de la décision opératoire.

En conclusion, la chirurgie, associée au traitement médical, a guéri et guérira encore les abcès du foie et les autres localisations aiguës de l'amibiase.

Son rôle diminuera d'importance avec le progrès des diagnostics précoces faits à la période présuppurative par un corps médical bien averti.

Le chirurgien devra s'efforcer de dépister sans esprit de parti pris, avec l'aide de la clinique, de la radiographie et du laboratoire, les formes pseudo-chirurgicales de l'amibiase chronique et savoir s'abstenir d'interventions inutiles.

Résumé-rapport Pujol et Vuillaume.

Il me paraît difficile de résumer le rapport déjà succinct que mon collègue des hôpitaux Vuillaume et moi avons soumis à votre discussion.

Une question aussi vaste que l'amibiase aurait demandé, pour être traitée dans son ensemble, des délais de préparation beaucoup plus longs que ceux qui nous ont été accordés.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

De ce fait, nous avons réduit notre rapport à l'étude du seul problème de pathologie locale ou, pour mieux dire, casablancaise. C'est une mise au point rapide et forcément incomplète.

Nous avons voulu vous apporter l'opinion de deux médecins praticiens aux prises avec les difficultés journalières de l'amibiase.

Nous avons essayé de démontrer :

Que l'amibiase est fréquente à Casablanca ;

Que nous observons surtout des formes chroniques d'emblée ;

Que parmi les formes chroniques d'emblée, il existe beaucoup d'aspects cliniques anormaux ;

Que la collaboration étroite et continue du clinicien, du radiologiste et du bactéritologiste est nécessaire pour dépister ces formes anormales.

Nous avons laissé de côté le problème bactériologiste et la question du traitement qui devront être traités par d'autres rapporteurs.

On nous fera peut-être le reproche de n'avoir pas abordé l'étude des colites. Cette omission est volontaire. Les colites spasmodiques douloureuses sont très fréquentes au Maroc. Elles relèvent d'origines multiples et ne nous paraissent pas avoir de caractères cliniques qui permettent de les rattacher à l'amibiase sans l'aide de la radiologie et sans la confirmation bactériologique.

Le traitement d'épreuve, en dehors de cas particuliers et bien définis dans lesquels il donne des résultats immédiats et incontestables, ne peut servir de critère.

De toute façon, il est regrettable de l'instituer sans une recherche spéciale radiologique ou de laboratoire.

La sanction thérapeutique par l'émétine ne nous paraît pas assez inoffensive pour qu'on puisse se permettre de la généraliser dans tous les cas douteux.

Nous connaissons tous ici des « martyrs » de l'émétine qui sous le couvert d'un syndrome abdominal imprécis ont subi des traitements répétés par l'émétine et qui non seulement n'ont pas obtenu la moindre sédation de leurs douleurs, mais encore accusent une fatigue insurmontable, une diminution de leur capacité de travail, si ce n'est des troubles névritiques.

Ce serait déjà un grand point si nous avions pu contribuer à faire disparaître de l'esprit de nos malades cette notion « omnibus » de dysenterie amibienne avec tous les risques thérapeutiques qu'elle comporte.

Les syndromes aigus sont ici une rareté : leur acuité conduit toujours le malade au médecin et le médecin à l'émétine qui donne à ce moment des résultats remarquablement constants.

Par contre, on est étonné de voir l'échec lamentable de cette médication dans les manifestations de l'amibiase d'où l'amibe est absente ou bien d'où les parasites qui la masquent sont absents.

C'est aussi un étonnement lorsqu'on interroge ces malades de voir l'imprécision de leurs réponses au moment où on aborde la question de leur comportement intestinal. Après beaucoup d'insistance on vous apprendra que le malade a trois ou quatre selles par jour, quelquefois au réveil, quelquefois dans la matinée, ou bien de la diarrhée post-prandiale, ou bien encore une constipation opiniâtre traversée ou non par des épisodes diarrhéiques de courte durée. Il est difficile de faire admettre à ces malades que les névralgies, les brûlures d'estomac, les symptômes digestifs, la tachycardie, la chute de tension, les phénomènes pseudo-angineux qui escortent leurs troubles intestinaux puissent être rapportés à une infestation amibienne, surtout si on leur impose des examens renouvelés de selles qui s'affirment négatifs au point de vue amibien.

Nous avons donné une place importante à l'hépatite amibienne : c'est qu'elle est d'une extrême fréquence dans ce pays de parasitose souvent méconnue.

Le foie nous paraît être touché très précocement, et cette notion mérite d'être soulignée. On parle volontiers d'insuffisance hépatique banale ou de congestion hépatique palustre au Maroc, pays où la malaria devient de plus en plus rare chez l'Européen, et alors que cette affection ne nous paraît atteindre la glande hépatique que d'une façon tardive.

Nous avons insisté sur le fait que depuis dix ans nous n'avons jamais observé d'amibiase pulmonaire primitive. Par contre, nous avons réservé, vu leur importance, un chapitre aux réactions pulmonaires droites, consécutives à une origine amibienne.

Enfin, nous avons marqué combien l'amibiase paraît être peu fréquente à Casablanca chez l'enfant, malgré l'examen systématique de toutes les selles des syndromes gastro-intestinaux effectué à l'hôpital.

Nous voudrions encore, en terminant ce résumé, en dégager les conclusions maîtresses :

1° L'amibiase est une affection fréquente au Maroc.

2° Elle est moins fréquente que le disent certains, et il existe comme dans la métropole de nombreux syndromes douloureux abdominaux, n'ayant aucune spécificité.

3° La notion de l'amibiase méconnue doit toujours être présente à notre esprit, quelle que soit la nature des symptômes accusés.

4° Le clinicien, le radiologue, le bactériologiste doivent le plus souvent conjuguer leurs efforts pour le diagnostic, que, bien souvent, aucun d'eux pris séparément ne peut affirmer.

Importance de l'examen radiologique pour le dépistage et l'étude de l'amibiase.

Par le Dr E. Speder.

La documentation du rapporteur, sévèrement sélectionnée, comprend 500 observations d'amibiases pour la plus grande part méconnues. Seuls ont été retenus les cas d'amibiase confirmés par le laboratoire et par une action rapide et indiscutable du traitement émétinien.

Les images sont classées par lui sous six aspects : atonique, bandonéon, chenille, déchiqueté, rigide, filiforme (classement presque alphabétique dans un but mnémotechnique), qui correspondent, comme il le montre, à des formes anatomo-pathologiques et cliniques différentes.

Les formes *molles* comprenant les aspects *atonique*, en *bandonéon* et *chenille* sont bénignes.

Les formes *sèches* des aspects *déchiqueté*, *rigide* et *filiforme* correspondent à des formes cliniques de plus en plus sévères. Les formes *sèches* sont caractéristiques de la colite parasitaire dans plus de 70 p. 100 des cas environ, à condition qu'elles soient durables et au moins cons-

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

tantes au cours d'examens pratiqués pendant plusieurs jours.

Les caractères spécifiques de l'amibiase sont en effet :

1° La pluri-localisation des lésions ;

2° La localisation étroite des lésions isolées ou groupées, à des zones de l'intestin parfois très limitées. Les segments coliques entre ces foyers de localisation ont une muqueuse ou bien intacte ou qui ne présente que des modifications beaucoup moins accentuées qu'au niveau des foyers de lésions majeures ;

3° L'amibe, par les tubes glandulaires ou à travers les plis muqueux, progresse immédiatement vers la sous-muqueuse puis ensuite vers la musculeuse. Les réactions précoces neuro-musculaires observées au cours des examens radiologiques s'expliquent par l'atteinte précoce de la *muscularis mucosæ*, de la musculeuse propre et des plexus nerveux qui y siègent.

4° Dans les formes *molles*, les segments sains ou peu touchés donnent des images qui rappellent celles des colites banales. Par exemple : sur 1m,50 de côlon, si les lésions sont réparties en trois ou quatre zones ayant chacune quelques centimètres de longueur, l'image d'ensemble de l'intestin est donnée par les 140 centimètres sains ou peu lésés : ces 140 centimètres de côlon sans caractère spécial laisseront l'impression d'images banales ou d'images retrouvées dans beaucoup d'autres colites. Les caractères en quelque sorte spécifiques de la colite amibienne sont par contre donnés par les 10 centimètres répartis sur plusieurs points et où se trouvent des lésions majeures. Le radiologiste doit les découvrir par des examens répétés.

L'examen radiologique pratiqué heureusement très souvent pour une tout autre cause que pour l'étude du côlon, en démontrant l'existence de troubles de fonctionnement du gros intestin et des lésions de sa muqueuse, *est un test d'alarme*. Les données radiologiques orienteront les investigations du clinicien vers l'étude du côlon et l'amèneront à pratiquer des examens de selles et un traitement d'épreuve sérieux.

Chez des amibiens avérés, les examens de selles pour la recherche de l'amibe ne sont positifs, avec les examens courants, répétés, même après préparation sérieuse du malade, que dans 2 à 4/10 des cas ; avec des techniques plus précises, l'amibe est découvert dans 7/10 des cas au plus.

Dans les cas où le laboratoire n'a pas donné de renseignements précis et lorsqu'un traitement d'essai incomplet n'a pas eu d'effet rapide, la constatation d'images radiologiques caractéristiques à 70 p. 100 de la parasitose intestinale, dans certaines formes de l'amibiase, donne au médecin et au malade la conviction nécessaire pour poursuivre la thérapeutique étiologique et renouveler les examens microscopiques.

La découverte d'amibes est la seule preuve authentique de l'amibiase ; mais, en pratique, il est très souvent difficile d'obtenir d'un malade une répétition suffisante d'examens des selles.

Contrairement à des affirmations imprudemment données dans des ouvrages traitant de radiodiagnostic des affections du côlon, l'examen radiologique a un rôle de toute première importance, pour le *dépistage*, l'établissement du *diagnostic* et du *pronostic* des colites parasitaires et en particulier des colites amibiennes. *La colite amibienne a des caractères radiologiques spécifiques.*

(A suivre).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 14 mai 1936.

Les réactions intestinales chez le goutteux et l'uricémique. — M. Schneider, montre que depuis longtemps la clinique a permis de constater que l'intestin du goutteux ou de l'hypéruricémique se comportait autrement que celui du sujet normal. Cette catégorie de malades a très rarement les selles moulées ; s'ils ont parfois une seule selle par jour, ils peuvent en avoir deux ou trois, chez eux la diarrhée post-prandiale est de règle après un excès alimentaire. Les fils de goutteux et les hypéruricémiques ont les mêmes réactions. A l'examen clinique l'intestin est rarement douloureux, sauf dans la partie sigmoïdienne. La douleur à la pression profonde semble pathognomonique. Il ne faut pas la confondre avec la douleur urétérale si fréquente chez les hypéruricémiques. La selle est la plupart du temps bilieuse, riche en pigments biliaires, présentant les caractères des matières à transit accéléré, contenant parfois du sable oxalique et urique ; son indice ammoniacal est la plupart du temps très élevé ; elle est, bien entendu, alcaline. En revanche, si la production de l'indol intestinal est augmentée, l'indoxyle ne semble pas l'être ; cliniquement du reste, la colite, en dehors du point précis indiqué plus haut, est rarement douloureuse, c'est ce qui explique la possibilité de purger le goutteux ou l'hypéruricémique, c'est ce qui permet aussi chez lui l'usage du colchique qui serait si irritant pour l'intestin des autres.

Cinq observations de chirurgie rénale. — M. P. Le Gac présente cinq observations de chirurgie rénale, une énorme pyonéphrose calculeuse, deux hydronéphroses, et deux tumeurs pararénales. Bien que dissemblables, elles ont un point commun : la tolérance des malades vis-à-vis de lésions importantes. D'autre part, leur rapprochement met en valeur les avantages de la pyélographie rétrograde, comme moyen diagnostique, et de la voie d'abord antérieure pour l'ablation de tumeurs rénales ou pararénales volumineuses.

Volumineux calcul vésical de 10 centimètres de long sur 6 centimètres de large. — M. P. Le Gac, présente un calcul vésical de dimension vraiment considérable, enlevé par cystotomie, chez un malade de soixante-douze ans chez lequel les phénomènes vésicaux ont débuté il y a une quinzaine d'années, calcul toléré relativement bien malgré son volume considérable.

Ulcère duodénal avec dilatation considérable de la première portion du duodénum. Gastro-duodénectomie. Guérison. — M. P. Le Gac présente l'histoire clinique, la radiographie, et la pièce opératoire d'un opéré, qui pré-

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

sentait un ulcère de la première portion du duodénum, très dilaté. La résection large, terminée par un Polya transmésocolique, donna une guérison durable qui se maintient parfaite au bout de quatorze mois.

Des mutations possibles « in vitro » de colibacilles en entérocoques. — MM. E. PEYRE et P.-L. ROY rapportent une observation qui met en valeur les mutations que peuvent subir certains microbes, et qui montre comment un entérocoque peut être lysé par un bactériophage anticoli, entérocoque obtenu en partant d'un coli initial alors qu'il faut habituellement, pour lyser un entérocoque, des souches de bactériophages adaptées spécifiquement à ce microbe.

Ulcère perforé de l'estomac au cours d'une appendicite aiguë. — M. RODRIGUEZ-RAMOS rapporte deux cas observés récemment où la coexistence d'un ulcus peptique de l'estomac et d'une appendicite chronique était évidente par les antécédents et par l'examen clinique. Ces deux malades, à la suite d'une crise d'appendicite aiguë, font une perforation de l'ulcus. Cette crise d'appendicite a été d'après l'auteur la cause occasionnelle de la perforation de l'ulcus. Quant au traitement de la perforation, il s'est limité dans ces cas à faire la fermeture sous trois plans de suture qu'il considère comme la seule technique à suivre. La gastro-entérostomie, dans ces cas, lui semble dépasser le but de l'intervention.

G. LUQUET.

NOUVELLES

Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier (Professeur : M. BRINDEAU). — *Cours de pratique obstétricale*, par MM. les Drs MARCEL METZGER, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bichat ; Paul Chevallier, agrégé, médecin de l'hôpital Cochin ; Vaudescal, agrégé ; Lantuéjoul, agrégé, accoucheur des hôpitaux ; Suzor, accoucheur des hôpitaux ; Desoubry, de Peretti, Bompart, Bidoire, A.-M. Weill, anciens chefs de clinique ; Merger, chef de clinique ; De Manet, ancien chef de clinique adjoint ; Vauclin, interne en médecine.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le lundi 14 septembre 1936 ; il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours à partir de 9 h. 30 et de 16 heures. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

PROGRAMME DU COURS. — *Lundi* 14 *septembre*. — 9 h. 30. Examens des femmes en travail et des accouchées. — 10 heures. Consultations de nourrissons. — 17 heures. Merger : Présentation de malades. — 18 heures. Merger : Conduite à tenir dans les présentations de la face et du front.

Mardi 15 *septembre*. — 9 h. 30. Examen des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 30. Leçons par M. le professeur Brindeau. — 17 heures. Weill : Présentation de malades. — 18 heures. Weill : Hémorragies de la délivrance et leur traitement.

Mercredi 16 *septembre*. — 9 h. 45. Consultations des femmes enceintes. — 17 heures. Merger : Présentation de malades. — 18 heures. Merger : Pronostic et traitement de la présentation du siège.

Jeudi 17 *septembre*. — 9 h. 45. Leçon clinique par M. Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bichat. — 16 heures. De Manet : Visite du Musée. — 18 heures. Bidoire : Pyélonéphrites gravidiques.

Vendredi 18 *septembre*. — 9 h. 30. Consultations des femmes enceintes. — 16 heures. Exercices pratiques du forceps. — 18 heures. Merger : Hémorragies inter-utéro-placentaires.

Samedi 19 *septembre*. — 9 h. 30. Examen des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 30. Leçon par M. le professeur Brindeau. — 16 heures. Exercices pratiques du forceps. — 18 heures. Weill : Syphilis fœtale.

Lundi 21 *septembre*. — 9 h. 30. Examen des femmes en travail et récemment accouchées. — 10 h. 30. Consultations de nourrissons. — 16 heures. Exercices pratiques. Extraction du siège. — 18 heures. Desoubry : Tuberculose et grossesse.

Mardi 22 *septembre*. — 9 h. 30. Consultations de nourrissons. — 10 h. 30. Leçon par M. le professeur Brindeau. — 16 heures. Exercices pratiques du forceps. — 18 heures. Bompart : Fibromes et puerpéralité.

Mercredi 23 *septembre*. — 9 h. 30. Leçon clinique à l'hôpital Cochin, par M. Chevallier, agrégé. — 16 heures. Exercices pratiques : la version. — 18 heures. Lantuéjoul : Traitement de l'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur.

Jeudi 24 *septembre*. — 9 h. 30. Opérations gynécologiques. Consultations des nourrissons. — 16 heures. Exercices pratiques : le forceps. — 18 heures. Suzor : Ruptures du segment inférieur.

Vendredi 25 *septembre*. — 9 h. 30. Présentation de malades par M. Metzger, agrégé (Maternité de l'hôpital Bichat). — 16 heures. Exercices pratiques : les embryotomies. — 18 heures. De Peretti : Anomalies de la contraction utérine.

Samedi 26 *xeptembre*. — 9 h. 30. Examen des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 30. Leçon par M. le professeur Brindeau. — 18 heures. Vaudescal : Conduite à tenir dans les bassins rétrécis d'origine rachitique.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Tarnier.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Le droit à verser est de 200 francs.

Clinique gynécologique. — Hôpital Broca (111, rue Broca) ; professeur : M. Pierre MOCQUOT. — *Gynécologie.*

COURS DE VACANCES. — M. R. Palmer, chef des travaux de gynécologie ; M. Guillot, chef de clinique gynécologique ; M. Parat, chef du laboratoire ; M. R. Moricard, attaché médical ; MM. P. Lejeune et J. Longuet, anciens chefs de clinique, feront ce cours du lundi 21 septembre au samedi 3 octobre 1936.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français

NOUVELLES *(Suite)*

et étrangers et aux étudiants en fin d'études désirant acquérir la pratique des méthodes actuelles de diagnostic et de traitement en gynécologie. Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des malades. Un certificat sera délivré à la fin du cours.

PROGRAMME DU COURS. — *Lundi 21 septembre.* — 10 heures : Opérations; Consultation. — 17 heures. M. Palmer : Diagnostic gynécologique. Méthodes d'exploration.

Mardi 22 septembre. — 9 h. 30 Technique des applications de diathermie et de diathermo-coagulation. Démonstrations par M. Lejeune. — 10 h. 30. M. Parat : Technique et résultats de la biopsie. Projections. — 17 heures : M. Palmer : Diagnostic et traitement des fibro-myomes de l'utérus. Conservation et auto-greffes de l'ovaire.

Mercredi 23 septembre. — 10 heures : Opérations, Consultation. — 11 heures : Technique de l'hystéro-salpingographie au lipiodol. Démonstrations par M. Lejeune. — 17 heures. M. Moricard : Cycle génital. Hormones de l'ovaire et de l'antépophyse.

Jeudi 24 septembre. — 9 h. 30. M. Longuet : Kystes de l'ovaire. — 10 heures : Applications de radium ; opérations. consultation d'endocrinologie gynécologique ; électro-coagulations. — 17 heures. M. Guillot : Avortement et accidents consécutifs. Leur traitement.

Vendredi 25 septembre. — 10 heures : Opérations ; consultation. — 11 heures : Indications et technique de l'insufflation tubaire. Démonstrations par M. Lejeune. — 17 heures. M. Palmer : Diagnostic et traitement des déviations utérines et des prolapsus génitaux.

Samedi 26 septembre. — 9 h. 30 : Démonstration d'application d'ondes courtes par M. Pulsford. — 10 heures : Indications et technique de l'hystéroscopie. Démonstrations par M. Palmer. — 11 heures : M. Guillot : Diagnostic des tumeurs pelviennes. — 17 heures : M. Moricard : Métrites. Blennorragie. Diagnostic et traitement des leucorrhées.

Lundi 28 septembre. — 10 heures : Opérations ; consultation. — 17 heures. M. Palmer : Diagnostic et traitement des salpingo-ovarites, des paramétrites et des péritonites d'origine génitale.

Mardi 29 septembre. — 9 h. 30. M. Moricard : Exposé et démonstration de la technique du diagnostic biologique de la grossesse sur la lapine. — 10 h. 30. M. Parat : L'examen histologique extemporané (Indications et technique, Démonstrations, Projections). — 17 heures. M. Palmer : Cancer du col utérin (méthodes nouvelles de diagnostic précoce, indications thérapeutiques).

Mercredi 30 septembre. — 10 heures : Opérations ; consultation. — 11 heures : Hystérographies. — 17 heures. M. Moricard : Troubles de castration. Ménopause. Aménorrhées et métrorragies d'origine hormonale. Hormonothérapie.

Jeudi 1er octobre. — 9 h. 30. M, Longuet : Tuberculose utéro-annexielle. — 10 heures : Applications de radium ; opérations ; consultation d'endocrinologie gynécologique ; électrocoagulations. — 17 heures. M. Lejeune : Diagnostic et traitement de la stérilité.

Vendredi 2 octobre. — 10 heures : Opérations ; insufflations tubaires ; consultation. — 17 heures. M. Palmer : Grossesse extra-utérine. Hémopéritoines génitaux.

Samedi 3 octobre. — 10 heures : Hystéroscopies. — 11 heures. — M. Guillot : Cancer du corps utérin. 17 heures. M. Palmer : Diagnostic et traitement des métrorragies et des algies génitales.

Le droit à verser est de 200 francs.

S'inscrire à la Faculté de médecine au secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4, de 14 à 16 heures), ou bien tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la salle Béclard (A. D. R. M.)

VIe Congrès international d'urologie. — Ce congrès aura lieu à Vienne du 9 au 12 septembre 1936 sous la présidence du Professeur Victor Blum.

Secrétariat : Doz. Dr Theodor Hryntschak, Wien I Rathauss Strasse 3.

Voyage des médecins français en Italie (15-28 septembre 1936). — Ce voyage est organisé officiellement par la Section médicale du Comité France-Italie.

Il présente un intérêt d'agrément touristique et artistique particulièrement exceptionnel. Mais son but est plus haut encore ; ce déplacement doit prendre un caractère de fraternité latine.

Dans les circonstances présentes, les médecins d'Italie seront heureux d'accueillir affectueusement leurs confrères de France, de leur montrer les grandes organisations hospitalières italiennes, de leur faire prendre une connaissance directe des œuvres médico-sociales réalisées par leur pays.

ITINÉRAIRE. — (Le détail des réceptions et visites médicales n'étant pas définitivement fixé à ce jour, nous n'indiquons ci-après que le programme touristique. Celui des manifestations qui viendront en complément sera communiqué ultérieurement).

15 Septembre. — Départ de Paris à 16 h. 50. Dîner en wagon-restaurant. Nuit en voyage.

16 Septembre. — Arrivée à Turin vers 7 heures. Après le petit déjeuner, on visitera la ville en autocar et avec guide. Départ vers midi, déjeuner en wagon-restaurant. Arrivée à Novara au début de l'après-midi pour repartir vers 17 heures. Arrivée à Milan vers 18 heures. Transport à l'hôtel, dîner et logement.

17 Septembre. — Séjour à Milan. Pension complète. Pendant une demi-journée, on visitera la ville en autocar avec guide : le Dôme, Santa Maria delle Gracie, Cimetière monumental, etc...

18 Septembre. — Départ de Milan vers 8 heures pour Salsomaggiore, la célèbre ville d'eaux italienne où l'on arrivera dans la matinée. Déjeuner et départ tard dans l'après-midi pour Bologne. Arrivée vers 19 h. 30. Transport à l'hôtel, dîner, logement.

19 Septembre. — Petit déjeuner et déjeuner à Bologne. Pendant une demi-journée on visitera la ville en autocar avec guide. Départ vers 18 heures pour Florence où l'on arrivera vers 19 heures. Transport à l'hôtel, dîner, logement.

20-21 Septembre. — Séjour à Florence. Pension complète. Pendant une journée on visitera la ville en autocar avec guide : la Cathédrale, la Campanile de Giotto, Maison de Dante, Ponte Vecchio, Piazzale Michelangelo, etc.

22 Septembre. — Départ de Florence vers 8 h. 30 pour Montecatini où l'on arrivera vers 9 h. 30. Déjeuner, et retour à Florence tard dans l'après-midi d'où l'on repartira pour Rome. Arrivée vers 20 heures. Transport à l'hôtel, dîner, logement.

NOUVELLES *(Suite)*

23-24-25 Septembre. — Séjour à Rome. Pension complète. Pendant une journée visite de la ville en autocar avec guide : la Rome antique, la Rome des Papes et la Rome moderne. Une demi-journée pourra être employée à une excursion à Littoria et Sabaudia, villes créées au milieu des Marais Pontins assainis et fertilisés. Le soir du troisième jour, après le dîner, départ pour Vérone. Nuit en voyage.

26 Septembre. — Arrivée à Vérone vers 8 h. 30. Pension complète. Pendant une demi-journée, on visitera la ville en autocar avec guide : Tombe de Juliette, Théâtre romain, Cathédrale, etc.

27 Septembre. — Départ vers 7 heures pour Bergamo où l'on arrivera vers 10 heures. Après le déjeuner, départ pour le retour. Changement de train et arrêt de quelques heures à Milan. Dîner en wagon-restaurant. Nuit en voyage.

28 Septembre. — Arrivée à Paris à 7 h. 05.

Prix du voyage : En 1re classe, hôtels de premier ordre. De Paris à Paris, 1.630 fr. ; de Modane à Vallorbe, 1.370 fr. — En 2e classe, hôtels de deuxième ordre supérieur. De Paris à Paris, 1.270 fr. De Modane à Vallorbe, 1.095 fr.

Pour les participants à ce voyage qui voudraient par la même occasion prendre part au Congrès de la Presse médicale latine qui a lieu à Venise du 29 septembre au 3 octobre, nous avons établi une extension dont le programme sera remis sur demande.

Pour renseignements, inscriptions, passeports, lettres de crédit touristiques, assurances, bagages, etc., s'adresser à la Compagnia Italiana Turismo (France), Agence officielle des Chemins de fer italiens de l'Etat, Bureau de Paris, 3, boulevard des Capucines. Tél. Opéra 15-80.

Congrès de chirurgie structive. — Le premier Congrès européen de chirurgie structive se tiendra à Bruxelles les 3 et 4 octobre prochains. Ce congrès est organisé par la Société européenne de chirurgie structive. Président : Dr Cœlst (Bruxelles) ; vice-présidents : Dr Pomfret Kilner (Londres) et professeur Sanvenero-Rosselli (Milan).

Le Comité d'honneur du Congrès sera composé comme suit : Président : Dr Esser (Monaco) ; vice-présidents : professeur Cardenal (recteur de l'Université de Madrid) et Dr Sir Harold Gillies (Londres).

Dans le Grand Conseil sont inscrits entre autres, dès à présent : Professeur Bardelli (Florence) ; professeur Blascowicz (Budapest) ; professeur J.-L. Faure (Paris) ; Dr Lambotte (Anvers) ; professeur Sousa de Borges (Lisbonne) ; professeur Veau (Paris).

Le discours d'inauguration sera prononcé par le professeur J.-L. Faure (Paris) dans la salle de marbre du Palais des Académies de Bruxelles.

Le Comité organisateur a tenu avant tout à donner à cette réunion un caractère essentiellement scientifique. Toutes les applications de la chirurgie structive, à quelque région du corps qu'elles appartiennent, aussi bien dans des cavités naturelles qu'à la surface, seront étudiées. Les communications porteront surtout sur la chirurgie réparatrice, la chirurgie esthétique passant au second plan. Ainsi sera conçu le programme de la chirurgie structive dans son sens le plus large et sera assurée une collaboration tant attendue entre chirurgiens généraux et spécialistes d'une part, et chirurgiens spécialisés en chirurgie structive, d'autre part.

Le programme complet sera bientôt publié.

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Cœlst, président du Comité exécutif, 118, avenue Louise, à Bruxelles.

AVIS. — Orthopédie-prothèse à céder dans importante ville de la Haute-Garonne, située plein centre, sur grand boulevard et formant angle, très belle affaire, très ancienne avec exclusivité de brevets et spécialités fort appréciées. Bail sept ans, loyer 6 000 francs.

Magasin et ses dépendances (salle d'attente, cabinet et salon d'essayage), ateliers de fabrication (rez-de-chaussée et sous-sol).

Appartement premier étage (5 pièces plus cabinet de toilette) eau, gaz, électricité (four et éclairage).

Cette affaire cédée pour cause de santé conviendrait pour personnes ou médecins jeunes. On pourrait développer maladies des os, de l'abdomen, appareil digestif.

Ecrire au *Paris médical* qui transmettra.

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

31 Aout. — *Lyon*. Ecole du Service de santé militaire. Oral des candidats admissibles à l'Ecole du Service de santé militaire.

1er Septembre. — *Paris*. Faculté de médecine. Réouverture de la bibliothèque les mardis, jeudis et samedis de 14 à 17 heures.

1er Septembre. — *Wiesbaden*. Congrès international d'actinothérapie.

3 Septembre. — *Lund*. Congrès international du rhumatisme.

3 Septembre. — *Nancy*. Hôpital militaire. Oral des candidats admissibles à l'Ecole du Service de santé militaire de Lyon.

5 Septembre. — *Athènes*. Cours de haute culture médicale Tomarkin.

5 Septembre. — *Paris*. Val-de-Grâce. Oral des candidats admissibles à l'Ecole du Service de santé militaire de Lyon.

5 Septembre. — *Lucerne*. IIe Semaine médicale internationale de Suisse.

7 Septembre. — *Lisbonne*. Attribution des bourses d'études à l'institut Carlo Forlanini.

7 Septembre. — *Paris*. Ouverture du registre d'ins-

NOUVELLES *(Suite)*

cription pour le concours de l'internat et des prix de l'externat.

7 Septembre. — *Paris*. Ouverture du registre d'inscription pour le concours pour la nomination à deux emplois de médecin chef de service des asiles publics d'aliénés de la Seine.

7 Septembre. — *Lisbonne*. Conférence de l'Union internationale de la tuberculose.

7 Septembre. — *Montréal*. Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord et du Canada.

7 Septembre. — *Athènes*. Ouverture du VIIIe Cours international de haute culture médicale et visite archéologique de la Grèce.

11 Septembre. — *Rennes*. Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physique à l'Ecole de médecine de Rennes.

14 Septembre. — *Lyon*. Ouverture du concours de l'internat des hôpitaux de Lyon.

15 Septembre. — *Nevers*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de médecin de l'hôpital de Nevers, chargé du laboratoire de biologie.

15 Septembre. — *Vesoul*. Clôture du registre d'inscription pour le concours pour la nomination d'un médecin-chef spécialisé des dispensaires d'hygiène sociale de la Haute-Saône.

CHRONIQUE DES LIVRES

Manuel de Biochimie, par Pierre Thomas, de l'Institut Pasteur, professeur de chimie biologique à la Faculté de médecine de Cluj. Un volume de 978 pages avec 51 figures et 1 planche en couleurs. Broché : 160 fr. ; cartonné toile : 180 fr. (*Masson et Cie, éditeurs, Paris*).

Le tableau actuel de nos connaissances en chimie biologique diffère complètement de ce qu'il était il y a quelques années seulement.

C'est ce tableau que montre l'auteur en exposant les idées des savants qui se tiennent à la tête du mouvement actuel, Hans Fischer, Kurt Meyer, Meyerhof, Oppenheimer, Warburg, Willstatter, etc.

Il a ainsi la certitude d'aider les médecins, les biologistes et tous ceux pour qui, la chimie biologique constituant une science indispensable, désirent trouver, condensés le plus possible, les idées et les faits dont ils ont besoin.

Ce livre présente le tableau le plus complet des récentes découvertes dans le domaine de la biochimie. Les notions nécessaires de physico-chimie, les données les plus modernes sur les constituants de l'organisme, les théories nouvelles qui se sont fait jour sont exposées de façon à éviter au lecteur de se reporter à des ouvrages spéciaux difficiles à consulter.

Ce manuel contient en outre les nombreuses donnécs numériques souvent difficiles à trouver ailleurs, constituant ainsi une documentation précieuse qui permettra de juger à leur valeur les résultats des analyses biologiques.

Notons qu'au point de vue documentaire, les formules de constitution de nombreux et importants produits, les vitamines et les hormones en particulier, dont l'étude est récente, complètent utilement l'ouvrage. Les théories les plus importantes qui ont vu le jour dans ces divers temps, celle de la formation de l'urée, de l'utilisation du sucre, du rôle des produits phosphorés dans la contraction musculaire, sont exposées d'après les conceptions les plus modernes.

M. P. Thomas a pensé aussi, en écrivant ce livre, aux étudiants qui désirent acquérir des notions solides en chimie biologique. Ils lui sauront gré d'abord, d'avoir débarrassé les notions nécessaires du début, d'un appareil mathématique qui les eût peut-être rebutés. Chaque chapitre constituera pour eux une mise au point d'une question définie, suivie presque toujours d'exercices pratiques faciles à exécuter au laboratoire, qui familiariseront le débutant avec le sujet étudié, et lui en présenteront de nombreuses applications.

Première partie : Physico-chimie des cellules et des organismes.

Deuxième partie : Les substances chimiques fondamentales de la cellule.

Troisième partie : Synthèse, dislocation et desmolyse.

Quatrième partie : Les tissus et leur fonctionnement.

Histoire de la Biologie, par le Dr Charles Singer, professeur à l'Université de Londres. Edition française par le Dr F. Gidon, professeur à l'Université de Caen. Préface du Dr Laignel-Lavastine, professeur d'histoire de la médecine à la Faculté de Paris. Un volume in-8 de 608 pages de la *Bibliothèque Scientifique*, avec 181 figures. Prix : 75 fr. (*Payot, Paris*).

L'*Histoire de la Biologie*, du professeur Charles Singer, qui paraît dans la *Bibliothèque Scientifique*, est le premier essai de synthèse historique relative à la biologie. Il s'intègre naturellement dans l'ensemble de l'histoire des sciences. On n'en est pas étonné, puisqu'il y a quelques années, le Dr Singer présida le troisième Congrès international d'histoire de la médecine et, en 1931, fut à Londres le président du second Congrès d'histoire des sciences et de technologie.

L'édition française de cet important ouvrage a été établie avec une haute conscience scientifique par le Dr Gidon, professeur à l'Université de Caen.

VARIÉTÉS

CRANS-SUR-SIERRE
STATION SPORTIVE ET THÉRAPEUTIQUE

Par le Dr M.-O. MISTAL

Montana (Suisse).

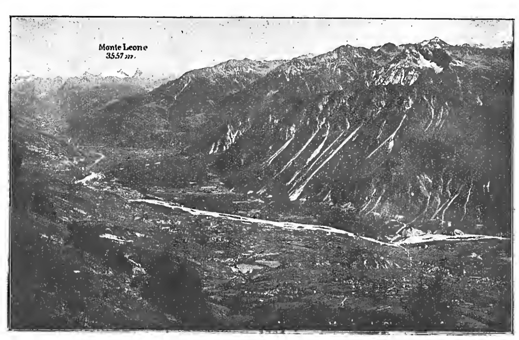
Crans-sur-Sierre est réputée comme la station la plus ensoleillée de la Suisse et sa renommée toujours grandissante n'est pas surfaite, étant données les qualités de son climat exceptionnel, sec et doux, l'absence de pluie et de brouillard qui en font un lieu de villégiature idéal.

Située à 1 540 mètres d'altitude, sur un plateau boisé ou couvert de grandes prairies, d'une étendue de 6 kilomètres environ, elle est protégée par les Alpes Bernoises et Valaisanes qui opposent une barrière aux vents chauds de l'Italie. Elle domine la vallée du Rhône de plus de 1 000 mètres, mais la pente est progressive, si bien que l'on n'a pas le sentiment d'être au bord d'un précipice, car la transmission est graduelle. Aucune montagne n'est assez proche pour empêcher le soleil d'y briller durant toute la journée.

La vue s'étend librement du Simplon au Mont Blanc sur une longueur de 150 kilomètres, le panorama est grandiose. Toutes les montagnes que nous apercevons en face de Crans-sur-Sierre, les massifs du Mont Blanc, du Saint-Bernard, du Rothorn, du Simplon, dominés par le roi et la reine des pics valaisans, le Cervin et la Dent Blanche, sont éloignés d'au moins 25 kilomètres à vol d'oiseau, ce qui fait qu'on n'a pas cette sensation d'écrasement qui pèse sur vous dans les vallées encaissées. D'autres sommets innombrables se perdent au loin dans l'infini.

On comprend facilement combien les contreforts du Wildstrubel, qui atteignent 3 000 mètres, protègent Crans des vents et des courants, et combien son grand éloignement des glaciers et sa proximité de l'Italie lui donnent une température plus douce que beaucoup de régions moins élevées.

Le charme de sa nature est unique, si bien que de nombreux peintres de renommée mondiale, tel Hodler, de nombreux artistes, écrivains et poètes sont venus s'y inspirer, des sommités de la politique et de la science y chercher le calme et le repos.



Vue de Crans sur la plaine du Rhône (fig. 1).

L'on y accède en automobile par une belle route partant de Sierre, point de jonction avec le Simplon-Orient express, après une course d'une demi-heure, permettant aux touristes de connaître les beautés du pays en traversant de pittoresques villages qui s'étagent sur différents gradins recouverts de nombreux arbres fruitiers, noyers, poiriers, amandiers, etc.

Notre climat, quoique vivifiant, est doux; à l'hiver succède l'été sans période transitoire : il est fréquent de voir dans les prés des touffes immenses de crocus et de primevères voisinant avec la dernière neige.

Tout le plateau devient alors un vrai jardin botanique, les grandes anémones soufrées, les gentianes bleues, les asters violets ainsi que lys blancs fleurissent en même temps, tandis que les orchidées répandent au loin leur exquise odeur de vanille. A plus de 2 000 mètres, l'on rencontre

encore de robustes bouquets de mélèzes et de sapins : une telle résistance de la végétation est extrêmement rare, et elle est due à un climat d'une puissance exceptionnelle. Puis commencent les parterres de rhododendrons et plus haut, collés contre les rochers, les edelweiss en velours blanc tentent l'audacieux promeneur.

Sur tout le plateau de Crans, il y a des petits chalets habités par les indigènes, qui parlent un patois mêlé de romanche et d'italien, et un français importé de France, langue officielle du pays.

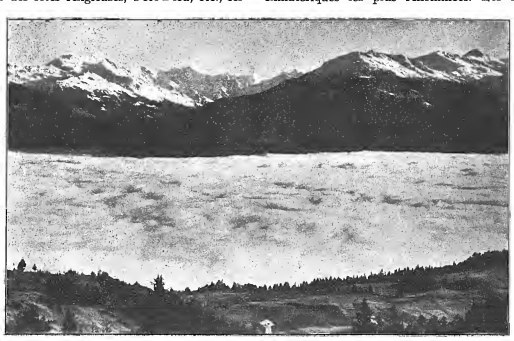
En effet, les ancêtres de ces montagnards ont servi dans les armées françaises au XVIIe siècle, et lors des fêtes religieuses, Fête-Dieu, etc., certaines familles sortent pieusement d'un bahut ou d'un vieux coffre un uniforme français orné de bandes rouges éclatantes, ainsi qu'un immense chapeau tricorne que l'on exhibe fièrement durant toute la procession.

Malgré le contact avec les étrangers, les paysans ont gardé fièrement leurs habitudes, leurs costumes et leurs caractères personnels. Au printemps ils émigrent, emmenant leurs troupeaux, restent sur l'Alpe durant l'été et reviennent en automne travailler le sol et s'occuper des vignes. D'exquises promenades par de petits sentiers permettent de traverser les villages agrippés au flanc de la montagne et de prendre contact avec les habitants, leurs mœurs et leurs habitudes. Que d'excursions faciles et variées dans les environs !

Par suite de cette situation idéale, différentes agglomérations se sont formées et trois stations distinctes se sont développées rapidement, sur ce grand plateau, voisines de 2 kilomètres les unes des autres.

Ce sont Montana, réservée aux convalescents ou aux malades atteints d'affections des voies respiratoires, Crans-sur-Sierre pour les touristes et les sportifs, et Vermala, à 1 700 mètres, pour les personnes qui préfèrent la haute altitude.

Crans-sur-Sierre est surtout réputée par les qualités de son climat. L'insolation de plus de deux mille heures par année, rarement atteinte dans d'autres villes de Suisse et de l'étranger, dépasse de plus de quatre cents heures les stations climatériques les plus renommées. Les statistiques annoncent neuf heures et quart de soleil en février, et plus de onze heures depuis le mois d'avril.



La mer de brouillard (fig. 2).

La pluie et le brouillard y sont très rares. La température l'hiver est très élevée : elle atteint 52 degrés au soleil, 10 degrés à l'ombre, ce qui permet aux sportifs de s'ébattre librement dans les champs de neige, même légèrement vêtus, ceci grâce à la pureté de l'atmosphère qui s'oppose à la résorption des rayons.

Les nuits peuvent être froides, —10 à —25 degrés quelquefois ; par suite de la grande sécheresse de l'air qui conduit mal les rayons caloriques, on ressent peu le froid au coucher du soleil, ce qui donne la possibilité de cures de repos en plein air par tous les temps et améliore considérablement l'état général.

Pas d'agglomération de poussière ni de bactéries dans l'air purifié naturellement par le soleil,

---

VARIÉTÉS *(Suite)*

peu d'absorption des rayons grâce au manque de nuages.

La lumière est très intense, très riche en ondes courtes ; les vents sont rares, ils se font sentir un peu en automne ; au printemps ils activent la fonte des neiges qui a lieu très rapidement.

Le climat de Crans est réputé pour son extrême sécheresse; les cultures en souffriraient même si les bisses, ces cours d'eau artificiels provenant de la fonte des neiges et des glaciers, canalisés par des planches agrippées aux flancs abrupts de la montagne, utilisés autrefois par les Romains, ne permettaient d'amener suffisamment d'eau dans les campagnes. La sécheresse est due à certains courants qui chassent les pluies et les orages soit vers les Alpes Bernoises, soit vers l'Italie.

Les averses sont rares, ce qui contribue à la renommée de la station de Crans ; en effet, sur quatre années, les statistiques accusent quarante et un jours de pluie ou de neige.

En hiver, l'humidité relative est de 20 p. 100 à 40 p. 100, l'hygromètre présente des minima de 15 degrés. Durant une année très sèche on observe 245 millimètres de pluie, durant une année normale 630 millimètres. Ceci est dû à ce que le haut Valais, où se trouve notre station, est éloigné du lac de Genève et qu'il n'y a pas d'accumulation de nuages, d'où très peu d'humidité.

Le baromètre reste en général à 630 millimètres et nous sommes cependant à plus de 1 500 mètres d'altitude. Lorsqu'on descend en dessous de 1 000 mètres, l'air est moins sec, il y a moins d'irradiations, ce qui diminue beaucoup la valeur thérapeutique du climat. La différence se fait surtout sentir en hiver, saison durant laquelle l'air de la plaine chargé d'humidité absorbe une bonne partie des rayons solaires.

La luminosité à l'altitude est deux à trois fois plus intense, par suite de la pureté de l'air, de sa faible densité et de sa sécheresse.

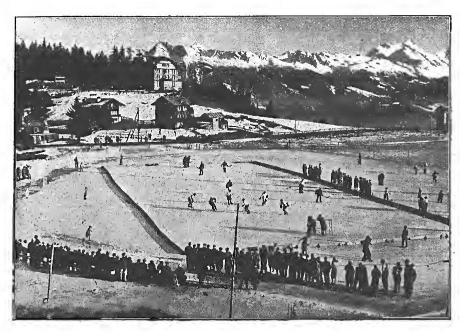
Au printemps, l'air est relativement sec à la montagne, malgré la fonte des neiges.

La crainte de cette période n'est nullement justifiée, car les séjours y sont excellents en toutes saisons, et les radiations ultra-violettes en tous temps plus intenses qu'en plaine.

Le climat d'altitude a l'avantage de réunir les qualités de différents climats. Il présente une forte luminosité, une sécheresse relative de l'air analogue à celle que l'on observe dans le désert, et l'on peut constater une diminution de température analogue à celle des régions polaires.

Par contre, la dépression barométrique est spécifique pour l'altitude. C'est par l'effet commun de tous ces éléments que notre climat possède l'action tonique et vivifiante que l'on vient y rechercher.

L'automne et l'hiver nous réservent souvent un spectacle grandiose, c'est la mer de brouillard. Alors que Crans tout entière est baignée de soleil, par des rayons particulièrement lumineux, la vallée est recouverte d'un épais brouillard qui monte quelquefois aux deux tiers de la côte, et s'accroche aux flancs de la montagne. Vision étrange, produite par une sorte de mer de fumée blanchâtre, s'étendant sur toute la vallée du



Hockey sur glace (fig. 3).

VARIÉTÉS *(Suite)*

Rhône, en formant les dessins les plus variés et les plus baroques. Nulle description ne saurait rendre la magnificence de ce phénomène naturel qui nous donne l'impression d'être suspendus entre les nuages et le ciel.

On plaint alors les habitants des plaines qui restent plusieurs jours dans cette pénombre et cette humidité qu'aucun rayon de soleil ne réchauffe.

Il n'est pas inutile de rappeler l'influence du climat de Crans-sur-Sierre sur la physiologie de l'organisme, par suite de certains facteurs caractéristiques pour l'altitude : la diminution de la pression atmosphérique et de la pression partielle d'oxygène, la raréfaction de l'air, l'absence de fumée et de poussière, qui ont un excellent effet sur les convalescents et les anémiés.

La température est assez basse, le froid régulier, les fortes chaleurs rares en été.

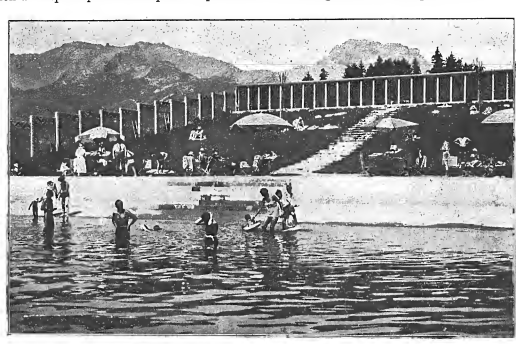
L'humidité diminue à l'altitude, elle se précipite davantage, il se produit une évaporation plus rapide. La respiration, qui est généralement accélérée au début du séjour, redevient rapidement normale quoique plus profonde, donnant lieu à des échanges gazeux importants, et le métabolisme des produits azotés s'améliore.

Notre climat a une grande influence sur le système circulatoire et il active les fonctions de tous les organes.

Il est reconnu que l'action de la lumière est stimulante et antitoxique. Les irradiations ultraviolettes et infra-rouges d'un soleil intense exercent une influence favorable sur le corps, sur la peau surtout, et leur effet sur différentes maladies, sur le rachitisme entre autres, est bien connu.

Chaque action modérée sur les tissus cutanés provoque, comme l'on sait, une augmentation de résistance de l'organisme, de même que chaque irritation exagérée l'affaiblit.

L'air pûr et les radiations solaires produisent une congestion cutanée qui attire le sang de l'intérieur du corps vers l'extérieur en activant la circulation générale. La pigmentation qui se produit protège la peau contre les rayons à ondes courtes, et cette dernière devient plus résistante aux changements de température.



La piscine de Crans-sur-Sierre (fig. 4).

L'entraînement de l'organisme et de ses vaisseaux cutanés immunise contre les refroidissements, les catarrhes et les rhumes. La diminution de la densité de l'air et la réduction de l'oxygène provoquent une raréfaction de ce gaz dans le sang.

La respiration interne et externe devient plus intense, l'action cardiaque augmente, la circulation est plus fréquente et il se produit une néoformation sanguine.

A l'altitude, le sang absorbe plus d'oxygène et forme plus de fer en accroissant sa teneur en hémoglobine.

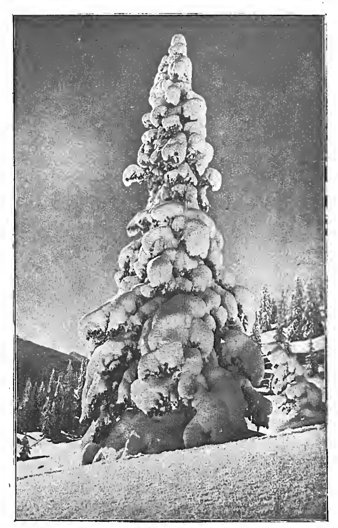
Les érythrocytes augmentent jusqu'à 6 millions par millimètre cube; la pression artérielle s'améliore.

Selon certains auteurs, tel Veraguth, Jaquet, etc., la rétention d'albumine est plus forte à nu-

VARIÉTÉS *(Suite)*

trition égale à la montagne qu'en plaine, ce qui provoquerait une augmentation de la masse musculaire. De même le métabolisme des hydrates de carbone est augmenté, et il y a une plus grande tolérance et une meilleure utilisation du glycose. La nutrition est donc nettement améliorée, ce qui explique les augmentations de poids considérables, de 8 à 15 kilogrammes en moyenne, obtenues chez certaines personnes, en quelques mois.

L'influence du climat sur l'état psychique, sur l'appétit et le sommeil est considérable. Les insomnies disparaissent et beaucoup de troubles nerveux, la dépression, le surmenage, sont soignés avec d'excellents résultats, à l'altitude, qui a une influence sur le système nerveux végétatif, c'est-à-dire celui qui commande aux fonctions organiques involontaires, non soumises à la volonté consciente.



Paysages d'hiver (fig. 5).

Le froid, par son action excitante sur les terminaisons nerveuses de la peau, stimule l'appétit et active la circulation.

Du fait de l'abondance des effets thérapeutiques de la cure d'altitude sur les différents organes, le climat de Crans est indiqué dans les affections des voies respiratoires, les troubles du métabolisme, le Basedow par exemple, l'anémie, la convalescence, la faiblesse constitutionnelle. Toute maladie contagieuse, en particulier la tuberculose, est strictement exclue, et Montana est réservé à cet effet.

De nombreuses dyspepsies peuvent aussi se guérir; c'est ainsi que les malades à nutrition ralentie réagissent favorablement, de même que les sédentaires dont il est facile d'améliorer la constipation chronique.

Chez ces derniers, le succès des cures climatiques sera complété par une stimulation du métabolisme, par des exercices physiques, des promenades, le golf, ainsi que par le régime et le changement de milieu. Les brévilignes flasques, c'est-à-dire les gros, pâteux, sans grande résistance, qui

peuvent parfois apparaître forts, parviennent à transformer leur constitution, de même que les longilignes asthéniques et les prétuberculeux.

Le rhumatisme chronique, le diabète, les maladies de la nutrition, même certains cas d'insuffisance rénale, donnent d'excellents résultats dans notre climat.

Les convalescents, les coloniaux atteints d'anémie se remettent facilement. L'asthme bronchique s'améliore par suite de l'effet de l'altitude sur le système nerveux central; de même les restes de pleurésies et les catarrhes des voies respiratoires supérieures et inférieures.

La cure préventive, pour améliorer la constitution et la résistance des enfants, et pour développer leur thorax, est encore plus indiquée que chez les adultes.

Des écoles spéciales ont été installées dans ce but à Crans, permettant de suivre les cours comme en ville, tout en procurant le repos qu'exige le traitement individuel des petits pensionnaires, variable selon chaque cas. Le maître préposé aux cours s'adapte au programme pédagogique des collèges des villes, par une règle stricte, en le complétant par un autre facteur indépendant de l'élève, du professeur et des conditions scolaires, en rapport avec le cadre extérieur de la vie, le site et la nature (Leçons en plein air, excursions, etc.). Il surveille les jeux et les exercices physiques les mieux indiqués pour l'état de santé des enfants qui se sentent en famille. Les convalescents d'une rougeole, coqueluche, grippe, bronchite, pneumonie, les ganglionnaires, etc., seront rapidement améliorés, de même que les enfants atteints de diathèse exsudative, d'eczéma et d'urticaire.

Aucun malade pulmonaire n'est admis à Crans, qui n'est pas organisée pour les recevoir. Dans les hôtels, les régimes sont l'objet de soins spéciaux.

Crans-sur-Sierre est une station très mondaine, et de nombreuses distractions sont prévues pour ses hôtes. La saison d'été s'étend de juin à septembre, celle d'hiver de décembre à avril.

Crans est très recherchée en été pour son splendide terrain de golf à 18 trous et ses nombreux courts de tennis.

Trois petits lacs permettent le canotage, la natation et la pêche. De magnifiques promenades à cheval dans la campagne environnante, des excursions faciles, des ascensions de pics et de glaciers attirent de nombreux touristes.

Le ski, le bob, la luge, le patinage, font la joie des sportifs en hiver.

Durant la saison estivale, l'on est surpris de la vie et de l'animation qui règnent aux abords de la piscine en entendant les appels des baigneurs et des baigneuses. Un maître d'hôtel vêtu de blanc s'affaire autour des groupes qui aux sons d'un orchestre se brunissent au soleil ou se reposent sous un grand parasol de couleur en pyjama éclatant ou en pantalon blanc.

De petites barques, quelques jeux aquatiques, des ballons qui bondissent, distraient et amusent les spectateurs. Tout ce monde est heureux, ivre de lumière, de vie et de couleurs.

Dès qu'il fait un peu frais, que le soleil se couche, le décor change. C'est l'heure de la promenade à cheval par de petits sentiers sous les sapins majestueux, et celle des matches de tennis. Le plus beau golf alpin d'Europe, dans un cadre enchanteur, est l'un des grands attraits de Crans. Les meilleurs joueurs de Suisse et de l'Étranger s'y donnent rendez-vous, et les matches qui s'y disputent remplissent les conversations. Au loin des pics neigeux, plus près des forêts de mélèzes et de sapins, d'immenses pâturages, le gazon que l'on foule est couvert de fleurs qui embaument et embellissent tout le parcours.

A l'heure du dîner, Crans paraît inhabitée; entrons alors dans un hôtel spacieux et confortable. Au bar, beaucoup d'animation, les gagnants des différents concours sont acclamés, l'on parle de la fête de nuit et des surprises qu'elle réserve.

Au restaurant, maîtres d'hôtel et garçons s'affairent autour des tables fleuries et doucement illuminées.

Après le repas on se réunit dans les grands salons, c'est le rendez-vous de tous ceux qui étaient à la plage, mais quelle transformation! Les smokings qui dominent mettent en relief les toilettes claires des dames: tout n'est que luxe et élégance. La gaîté règne, les couples dansent par une nuit tiède et parfumée sous un ciel étoilé.

Crans est aussi la capitale des sports d'hiver, toujours la même gaîté et la même vie intense qu'en été, seul le décor est changé.

Tout est uniformément blanc, les lacs se sont transformés en des patinoires merveilleuses, sous un ciel bleu et sans nuage.

C'est le même rendez-vous élégant, patineurs et patineuses sont vêtus de costumes aux couleurs vives qui contrastent avec le blanc de la neige. Les visages sont tous brunis par le soleil si intense et si ardent qu'il n'est plus nécessaire de s'étendre des heures et d'offrir ses membres à ses rayons pour obtenir cette coloration du teint si recherchée en ville. La chaleur est si forte que l'on se couvre peu pour s'ébattre dans la neige. Un funiculaire spécial recueille les skieurs qui remontent sans aucune fatigue les pentes descendues dans une folle vitesse.

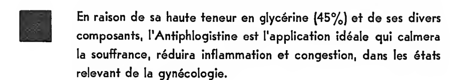
De nombreux spectateurs acclament les vain-

Salpingite
Cellulite Pelvienne
Abcès Pelvien

LE tampon Antiphlogistine réalise incontestablement la méthode la plus favorable pour l'application d'une chaleur humide constante à l'intérieur du vagin.

Son action thermique et thermogénique, prépondérante, intensifie la circulation pelvienne, ce qui a pour effet de hâter la résolution de l'état congestif et de soulager les symptômes douloureux.

A cause de sa consistance plastique, l'Antiphlogistine se moule sur tous les contours, s'insinue jusque dans les culs-de-sac, apportant ainsi un solide soutien à l'utérus et un drainage salutaire.



En raison de sa haute teneur en glycérine (45%) et de ses divers composants, l'Antiphlogistine est l'application idéale qui calmera la souffrance, réduira inflammation et congestion, dans les états relevant de la gynécologie.

ANTIPHLOGISTINE

(fabriquée en France)

Echantillon et littérature adressés sur demande:

LABORATOIRES DE L'ANTIPHLOGISTINE

Saint-Maur-des-Fossés (près Paris)

The Denver Chemical Mfg Co., New-York (Etats-Unis)

VARIÉTÉS *(Suite)*

queurs des concours de bob; les gagnants des sauts de ski, indifférents au danger qu'ils courent en se lançant dans l'espace à la conquête de la gloire, deviennent les héros de la saison d'hiver.

Il faut aussi assister aux courses de chevaux, de motos sur glace et de skijöring, pour connaître tous les plaisirs, les émotions même que peut nous donner la neige.

Bien grande est la joie des enfants lorsqu'ils rapportent après maintes culbutes le premier prix d'une course de luge.

Les matches de hockey, le curling, les gymkanas sur glace sont une source perpétuelle de plaisir et de santé qui laissent à chacun le souvenir lumineux de journées de bonheur.

La renommée mondiale de Crans-sur-Sierre, station idéale pour les touristes et les sportifs, est due non seulement à sa situation, à son climat et à ses qualités thérapeutiques remarquables permettant de retrouver rapidement l'équilibre rompu par suite de surmenage et d'acquérir la force et la santé, mais aussi à son confort et à son charme.

LA MÉDECINE AU PALAIS

LA RESPONSABILITÉ DES DENTISTES
LA QUESTION DES TIRE-NERFS

Nous avons examiné dans *Paris médical* la jurisprudence de la Cour de cassation qui fixe définitivement les principes de la responsabilité médicale pour conclure qu'elle est contractuelle.

Un jugement du tribunal de Belfort a appliqué cette jurisprudence aux dentistes, et il décide que le préjudice subi par le malade, résulte dans la plupart des cas de l'inexécution d'une obligation née d'un contrat de nature particulière, intervenu entre lui et le praticien. Il s'ensuit que, conformément aux arrêts des cours de Lyon et d'Aix, l'artiele 1384 n'est pas applicable aux dentistes, et qu'on ne peut prétendre qu'ils soient présumés responsables notamment des tire-nerfs comme gardiens de ces instruments; ils ne peuvent en être rendus responsables que si une faute a été commise par eux dans le maniement des appareils destinés à assurer les soins des dents.

Un père avait conduit sa fille mineure Madeleine chez un chirurgien-dentiste de Belfort pour la

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

faire soigner d'une dent malade ; le dentiste voulut extirper le nerf qu'il avait au préalable traité, quand il laissa tomber le tire-nerfs dans la gorge de l'enfant ; le tire-nerfs gagna l'estomac et il fallut une intervention chirurgicale pour l'extirper.

Le demandeur avait fondé son action sur l'article 1384, disant que les dentistes comme les chirurgiens seraient présumés responsables des accidents survenus par le fait des instruments dont ils ont la garde.

Mais le tribunal ne le suivit pas et déclara que, conformément à la doctrine et à la jurisprudence, un contrat liant le dentiste au malade, celui-ci ne peut utiliser une présomption de responsabilité qui n'est admissible que lorsque les deux parties ne sont pas unies par un lien de droit.

Le tribunal estime donc que le malade qui a à se plaindre d'un médecin, a simplement à prouver, conformément à l'article 1315, l'obligation prise par le médecin, et que pour se dégager de sa responsabilité, le médecin doit prouver qu'il a, dans les termes de l'article 1147, exécuté son obligation.

Cette conclusion ne paraît pas tout à fait exacte, car elle aurait pour résultat d'obliger le médecin poursuivi à justifier que l'inexécution provient d'une cause étrangère qui ne peut lui être imputée, et ce serait à lui à établir que l'exécution a été parfaite.

L'application de l'article 1147 se conçoit dans les conventions de droit commun qui obligent le débiteur à remplir une obligation dès qu'il est mis en demeure de le faire ; de sorte que le débiteur se trouve condamné à des dommages-intérêts s'il ne justifie pas d'une cause étrangère qui l'empêche de remplir son obligation.

Cette thèse du tribunal de Belfort pourrait s'appliquer en cas d'abandon du malade, ou au cas où un médecin ne se rend pas au chevet du malade après l'avoir promis. On conçoit que, dans ces cas, il ne soit exonéré de toute responsabilité que s'il prouve que l'abandon est dû à une force majeure.

Au contraire, en cas d'accident opératoire, et généralement de faute dans l'exercice de la profession, le médecin a rempli ses engagements, et ce que le demandeur lui reproche, ce n'est pas une inexécution, mais une exécution maladroite, imprudente ou négligente de ses engagements.

Dès lors, c'est au demandeur à prouver que le médecin a commis une faute dans l'exercice de la convention.

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

Cette thèse est d'ailleurs conforme aux conclusions de M. le procureur général Matter, qui reconnaît que, même en matière de responsabilité contractuelle, la charge de la preuve se rapproche et se confond même avec la responsabilité délictuelle; la nécessité pour le demandeur, c'est-à-dire pour le malade, de prouver la faute de son débiteur, s'applique à lui, dans les termes du droit commun.

En fait, c'est d'ailleurs ce qu'a fait le tribunal de Belfort, contrairement au principe qu'il avait d'abord émis.

En effet, le tribunal a estimé, pour condamner le dentiste, que celui-ci avait commis une maladresse, donc une faute opératoire qu'il aurait pu éviter avec plus de prévoyance et de précautions.

Comme dans l'arrêt de la Cour de Paris du 5 décembre 1930, que nous avons déjà publié, le tribunal de Belfort estime que le dentiste aurait pu prendre cette précaution indispensable de retenir le tire-nerfs par une chaînette fixée à son bras.

Le jugement du tribunal de Belfort du 19 décembre 1934 (*Gaz. Pal.*, 24 mai 1935) est ainsi libellé :

« Attendu que, par acte de l'huissier Renoux, de Belfort, en date du 11 juin 1934, le demandeur A..., agissant en qualité d'administrateur légal de la personne et des biens de sa fille mineure Madeleine, a assigné le défendeur M..., chirurgien-dentiste à Belfort, devant le tribunal de ce siège ; qu'il expose que le 5 avril 1934, sa fille recevait dans le cabinet dentaire du défendeur les soins d'un opérateur, lorsque celui-ci, par maladresse, laissa tomber un instrument appelé tire-nerfs, qui pénétra dans l'arrière-gorge, puis dans l'estomac de la patiente ; qu'il fallut une intervention chirurgicale pour extraire l'instrument; que l'enfant dut subir les souffrances de l'opération et qu'il subsiste sur sa poitrine une longue cicatrice qui lui causera un préjudice esthétique appréciable ; qu'il réclame en conséquence au défendeur responsable de son préposé en se disposant sur les dispositions de l'article 1384, paragraphe 1, et au besoin de l'article 1382, ou encore sur le principe de la responsabilité contractuelle, une somme de 100 000 francs à titre de dommages-intérêts pour réparation du préjudice subi par sa fille mineure Madeleine, en suite de ces faits.

(*A suivre.*)

ADRIEN PEYTEL,
Avocat à la Cour d'appel.

REVUE DES CONGRÈS

VIe CONGRÈS DE MÉDECINE DU MAROC
(*Suite*)

Diagnostic de l'amibiase chronique.

Par M. MOULAERT.

Dans la pratique courante, il faut, si l'on veut dépister avec certitude une amibiase fruste, que le laboratoire dispose d'une technique pratique sûre et précise ; or nous n'avons trouvé que celle de Carles et Barthélemy complétée par le procédé de Mathis.

Les troubles objectifs accusés par les malades sont dus bien plus à des agents bactériens commensaux de l'amibiase qu'à l'amibiase elle-même.

Une amibe est pathogène lorsque directement ou indirectement elle détermine ou entretient des troubles morbides quels qu'ils soient chez son hôte.

Certains de ces symptômes paraissent presque pathogènes, signes de l'amibiase, ou en tout cas mènent au diagnostic.

Les manifestations observées du côté des autres organes et des autres fonctions varient avec le tempérament du malade.

Modification chimique des selles dans les protozooses intestinales.

144 examens des selles de malades présentant une altération du transit colique accompagnée d'une symptomatologie clinique souvent très diverse. Rapport du parasitisme et de l'état pathologique du côlon. Proportion notable de selles où l'on trouve *Entamœba dysenteriæ*. Le transit normal du côlon est le résultat de l'équilibre très étroit de divers facteurs. Le plus important est l'équilibre microbien (Goiffon) que nous connaissons par le dosage des produits des deux signes antagonistes de fermentation et de putréfaction. La réaction du côlon soumise à une cause pathogène se présente comme une rupture de l'équilibre qui se traduit par une altération du transit normal. Si l'amibe dysentérique n'est pas directement la cause des colites observées, elle les entretient à l'état chronique ou récidivant.

Les difficultés diagnostiques dans les colites amibiennes chroniques.

Par M. R. DESCHIENS, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Paris.

Les colites chroniques amibiennes ne se distinguent pas cliniquement des colites chroniques parasitaires ou même des colites fonctionnelles et diathésiques.

Le diagnostic de ces états amibiens est d'ordre coprologique et parasitologique.

Or, il existe dans les infestations intestinales chroniques amibiennes des périodes (périodes négatives) pouvant atteindre sept jours, pendant lesquelles les kystes et les formes végétatives de l'amibe dysentérique n'apparaissent pas dans les selles. Un examen isolé ou des examens espacés exposent donc, en cas de résultat négatif, à conclure qu'un sujet n'est pas amibien alors qu'il est infesté.

La recherche des éléments parasitaires devra donc, dans ces infestations chroniques, être faite quotidiennement et porter sur un intervalle de temps plus long que la période négative la plus longue, c'est-à-dire pratiquement sur huit jours, avant qu'il soit possible d'indiquer qu'un malade est ou n'est pas amibien.

Un procédé pratique de prélèvements pendant huit jours consécutifs et une méthode de recherche des parasites sont exposés.

Tentatives de culture pure de l'amibe dysentérique à partir du pus d'abcès du foie.

Communication de M. FLYE SAINTE-MARIE, chef du laboratoire régional de Fez.

D'après l'auteur, il semble résulter de ces expériences, qui toutefois demandent encore à être poursuivies ou complétées, que la culture pure des amibes exempte d'aucune bactérie soit impossible.

La présence d'une flore microbienne paraît nécessaire, soit pour servir elle-même d'aliment à l'amibe, soit pour lui servir en modifiant les substances alimentaires du milieu de culture et les lui rendre assimilables.

Les expériences que relate l'auteur viennent en confirmation des recherches de Gaudichaud, Musgraves, Noc, Lesage, etc.

Deux cas d'amibiase pulmonaire.

Par le Dr ARNAUD LOUIS, médecin des hôpitaux du Maroc.

L'auteur rapporte deux observations d'amibiase pulmonaire où le stade d'atteinte hépatique préalable manque aussi bien que les anamnèses de dysenterie. Les deux malades, au Maroc depuis 1913, considérés comme tuberculeux (dont un très évolué avec spélonques) malgré une expectoration atypique, *sans bacilles de Koch* à plusieurs examens, furent guéris *totalement et rapidement en cinq et six jours* par le traitement à l'émétine. Des clichés radiographiques, pris à dix jours d'intervalle pour chaque cas, soulignent et confirment cette évolution clinique « miraculeuse » par la disparition des ombres étendues de condensation droite dans les deux cas. La pseudo-caverne du premier cas n'était autre qu'un abcès amibien du poumon.

Malgré la non-constatation de l'amibe dans les crachats, par ailleurs pauci-microbiens, Arnaud conclut à l'amibiase pulmonaire du fait de la rapidité foudroyante de la guérison.

Les manifestations oculaires de l'amibiase.

Par P. TOULANT.

Le tractus uvéal est parfois touché au cours de la dysenterie amibienne. Dans les 24 observations retrouvées, l'auteur pense que la lésion n'est pas due à l'amibe, mais à des infections secondaires qui ont pénétré au niveau des lésions intestinales.

Les troubles oculaires provoqués par l'émétine.

Par MM. TOULANT et MORARD, d'Alger.

Les intoxications s'accompagnent parfois de troubles visuels, notamment de signes de névrite optique. La pro-

jection dans l'œil de solutions d'émétine, après une incubation silencieuse, produit une kérato-conjonctivite bénigne.

Les iridocyclites d'origine amibienne.

Par le Dr PAGES, ophtalmologiste des hôpitaux du Maroc (Rabat).

L'auteur étudie un cas d'iridocyclite d'origine amibienne en montrant, par le détail une observation prise dans d'excellentes conditions, qu'il est difficile de nier actuellement l'existence de complication d'iridocyclite au cours de la dysenterie amibienne, fait qui avait été jusqu'à présent nié ou incomplètement étudié, car on ne connaissait que des complications oculaires de la dysenterie bacillaire.

Le malade dont il s'agit présentait tous les signes d'une dysenterie amibienne chronique et la présence d'amibes fut trouvée dans les selles. Chaque poussée de dysenterie s'accompagnait quelques jours après d'une poussée d'iridocyclite toujours du même œil.

En conséquence et bien que de telles observations constituent une nouvelle manifestation de l'amibiase avérée, il est difficile de dire qu'il s'agit de localisation de l'amibe à l'œil, ou d'accident inflammatoire oculaire dû au passage dans le sang de la flore microbienne associée à l'amibiase.

L'auteur étudie ensuite la valeur de cette complication oculaire comme symptôme d'alarme d'une poussée dysentérique amibienne. Il pense qu'il s'agit là plutôt d'une complication que de symptôme, car ce sont plutôt des manifestations exceptionnelles que des lésions régulièrement observées.

Pharmacodynamie de l'émétine.

Par le Dr CHARNOT, Institut d'hygiène (Rabat).

Pour étudier l'influence des principaux groupements fonctionnels de l'émétine, l'auteur a provoqué sur des chiens et sur des lapins trois sortes d'intoxications :

1° Mortelle en une seule dose ;

2° Mortelle par doses journalières répétées jusqu'à l'issue fatale ;

3° Grave avec survie au moyen de l'émétine, de la céphéline et de la psychotrine ; ces deux derniers alcaloïdes se différencient de l'émétine par des groupements fonctionnels caractéristiques.

La répartition dans l'organisme de ces différents toxiques a été étudiée. L'émétine existe en dose faible dans le sang, se fixe de préférence sur le cœur, la rate, le foie, le muscle ; elle s'élimine en proportion notable par l'urine et le suc gastrique.

La céphéline se trouve dans le sang en quantité nettement plus élevée que l'émétine. Elle se fixe de préférence sur les reins, la vessie, l'estomac et l'intestin.

La psychotrine se retrouve dans la moelle osseuse et le cœur et sur les mêmes organes que la céphéline. Mais si l'effet de la toxicité de cet alcaloïde injecté à dose massive est plus immédiat, en revanche, son élimination est accélérée.

C'est au groupement isoquinoléique que ces alcaloïdes doivent leur pouvoir toxique musculaire.

La différence de fixation entre l'émétine, d'une part, la céphéline et la psychotrine, d'autre part, serait due au groupement oxhydrilé non bloqué qui existe dans ces deux derniers alcaloïdes.

La double liaison existant entre l'azote et le groupement CH voisin, dans la psychotrine, serait le facteur essentiel de la rapidité d'action et d'élimination de la psychotrine.

Les injections intraveineuses d'émétine dans le traitement de l'amibiase.

Par le médecin-commandant MILLISCHER (de Beyrouth).

L'auteur pense qu'en opérant avec discernement l'élimination de malades suspects au point de vue myocarde, reins et système nerveux, l'injection intraveineuse d'émétine rend de précieux services.

En milieu militaire surtout, où l'on a affaire *a priori* à des organismes robustes et sains, elle paraît être la méthode de choix parce que beaucoup plus active, beaucoup plus rapide et pratiquement sans danger, sous les réserves et avec la technique indiquées.

L'action du mixiod dans l'amibiase intestinale.

Par le médecin-commandant MILLISCHER (de Beyrouth).

Le rapporteur conclut de la façon suivante :

Les deux médicaments « émétine et mixiod » agissant de façons différentes complètent heureusement leur action. L'émétine s'élimine dans les parties profondes de la paroi intestinale et atteint donc les lésions profondes, tandis que le mixiod absorbé par la couche muqueuse agit en surface et au niveau même des ulcérations.

Pour cette raison, l'association des deux thérapeutiques, dans l'intervalle libre desquelles on peut encore trouver place pour les arsenicaux, doit réaliser le meilleur traitement de l'amibiase intestinale.

Aux médecins qui redoutent l'emploi de l'émétine aux hautes doses nécessaires et suffisantes, l'association du mixiod apporte une assurance que le traitement ne conduira pas leurs malades dysentériques à la chronicité.

Les éternels porteurs de kystes, les personnes chez lesquelles la cure émétinienne est contre-indiquée : atteinte du myocarde, affections rénales et neurologiques, grossesse, uricémie goutteuse, etc., trouveront dans le mixiod un médicament très précieux en raison de son efficacité et de la commodité de son emploi.

Mieux que l'émétine, il se prête au traitement ambulatoire ou à domicile.

Séquelles rhumatismales de la dysenterie amibienne.

Par G. GLÉNARD et J. HILLERET, de Vichy.

Les manifestations rhumatismales sont loin d'être rares au décours de la dysenterie amibienne.

On peut en distinguer trois formes :

Les arthrites inflammatoires, poussées rhumatismales


ulcéosine
POUDRE SOLUBLE - TRAITEMENT INTERNE.
ARTÉRIO-SCLÉROSE_VARICES_PHLÉBITE CHR.
PÉRIPHLÉBITE _ULCÈRES VARIQUEUX_
HÉMORROÏDES_INSUFFce HÉPATIQUE ET
RÉNALE_RHUMATISMES CHRONIQUES.
ulcéosol
POMMADE. TRAITEMENT EXTERNE
ECZÉMA VARIQUEUX SEC_PRURIGO.
POUDRE. TRAITEMENT EXTERNE
ECZÉMA VARIQUEUX SUINTANT.
LABORATOIRE SÉVIGNÉ. 76 RUE DES RONDEAUX_PARIS (XX)

sub-fébriles à localisation synoviale et tendance ankylosante. Intéressant surtout les petites articulations, elles se rencontrent de préférence chez les sujets jeunes de vingt à trente ans, dans les formes graves et vers le troisième mois de l'infection.

Les arthropathies dégénératives apparaissent chez les dysentériques dans la deuxième moitié de la vie et sont représentées par des altérations des extrémités osseuses et des cartilages, avec proliférations ostéophytiques, nodosités, craquements d'arthrite sèche, mais sans tendance à l'ankylose.

Les myalgies relativement fréquentes, survenant vers la quarantaine sous forme de douleurs musculaires lombaires, sciatiques, fessières, d'une désespérante ténacité.

Au point de vue pathogénique, ces rhumatismes semblent provenir d'une sorte de sensibilisation ou d'allergie provoquée par une amibémie initiale passagère ou par des toxines émanant des amibes et retentissant sur le vago-sympathique.

Le traitement de fond sera dirigé contre la dysenterie. Celui des rhumatismes se fera non par le salicylate toujours inefficace, mais par l'iode et le soufre.

Les stations thermales de Plombières, Châtel-Guyon, Vichy seront indiquées contre les séquelles viscérales de la dysenterie. Sitôt l'amélioration de ces dernières obtenue, Dax et Aix-les-Bains seront utilisées contre les séquelles rhumatismales.

Relations des rhino-pharyngites chroniques avec les troubles intestinaux.

Par M. ARMENGAUD (de Cauterets).

Tout en admettant que des entérites peuvent survenir consécutivement à des inflammations du naso-pharynx, l'auteur défend la conception inverse, suivant laquelle des rhino-pharyngites peuvent succéder à des troubles intestinaux.

C'est le syndrome entéro-naso-pharyngien déjà décrit par l'auteur en 1928, si fréquemment observé chez les entéritiques chroniques; il est le plus souvent de nature colibacillaire.

Cette conception se base sur la constatation des poussées aiguës de rhino-pharyngites qui suivent les poussées aiguës d'entérite, sur la constatation du colibacille ou de l'entérocoque dans les produits de sécrétion du naso-pharynx et sur ce qu'on sait sur la biologie du colibacille qui, parti de l'intestin, peut déterminer des localisations septiques en n'importe quel point de l'organisme.

Les séquelles de la dysenterie amibienne et Plombières.

Par le Dr ENAULT, ancien médecin des hôpitaux des Colonies, médecin consultant à Plombières.

Plombières a des eaux oligométalliques, hyperthermales et radio-actives qui sont éminemment sédatives, antialgiques, antispasmodiques, décongestionnantes et cicatrisantes. Leur action sur le système nerveux, notamment sur le sympathique, est puissante.

Sous leur influence, le spasme et la douleur disparaissent et, l'équilibre vago-sympathique se rétablissant, la fonction redevient normale.

Tous les diarrhéiques post-amibiens trouveront à Plombières soulagement certain à leurs maux, comme tous les constipés présentant du spasme (que celui-ci soit total ou partiel), de la douleur spontanée ou provoquée, des selles espacées en billes ou rubanées, et un état d'hyperesthésie nerveuse générale. La colopathie (ou entérocolite) muco-membraneuse est le type caractéristique de ces constipés post-amibiens.

Quatre observations de malade (deux diarrhéiques et deux constipés) montrent quelle action bienfaisante peuvent avoir tout de suite les eaux de Plombières puisque trois des malades ont été transformés par une seule cure, et que le quatrième a été guéri en deux saisons.

On peut affirmer que, sauf rarissimes exceptions, trois cures amènent une guérison complète et définitive.

Confirmation de l'amibiase à Châtel-Guyon et son traitement hydro-minéral.

Par le Dr BESSET.

Plus souvent qu'on ne le croit, l'amibien chronique se présente sans accidents diarrhéiques initiaux et constitue le type du dyspeptique avec dysfonctionnement hépatique, gastrique et colique. Au point de vue général il est asthénique, hypotendu avec un déséquilibre vago-sympathique, pouvant aller jusqu'à la tristesse, la mélancolie et l'idée fixe.

Les examens de laboratoire, même répétés, ne décèlent pas d'amibes, pas de kystes amibiens. La radiologie seule, peut-être, oriente le diagnostic par un spasme constant du côlon gauche. Ces malades éliminés du cadre clinique habituel des amibiens ne sont améliorés par aucun traitement thérapeutique.

A Châtel-Guyon, l'ingestion de quelques doses d'eau minérale tranche souvent un diagnostic douteux par une action originale et inattendue.

La chronicité, l'état torpide et latent de l'amibiase passent souvent à la phase aiguë par l'action éminemment cholagogue des eaux à Châtel-Guyon qui crée un milieu favorable à la transformation en amibe du moindre kyste ignoré et tapi dans les replis de la muqueuse. Un traitement par les agents habituels de destruction a beaucoup plus de chance alors d'arriver à la stérilisation complète de l'intestin.

L'eau minérale de Châtel-Guyon a un pouvoir cytophylactique important sur les lésions colitiques par ses principaux constituants et surtout par le chlorure de magnésium. Le goutte à goutte rectal, très employé, cicatrise rapidement les érosions ou ulcérations rectales. Il produit aussi une chasse cæcale de désinfection et favorise la diurèse. De précieux adjuvants thermaux sont les douches générales, les bains à eau dormante avec le cataplasme de boue végéto-minérale hyperthermale sur l'abdomen, très sédatifs des algies et réducteurs des spasmes coliques.

Enfin, surtout, l'ingestion de l'eau minérale de Châtel-Guyon à doses fractionnées stimule la sécrétion de toutes les glandes digestives et toujours frappées d'insuffisance dans l'amibiase chronique.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

La cure thermale est donc tout indiquée et peut utilement trancher un diagnostic souvent fort difficile à établir.

Crinothérapie de l'amibiase dans les stations pyrénéennes.

1° Chez les dysentériques porteurs d'amibes dont les lésions paraissent limitées aux désordres coliques, les eaux sulfatées calciques magnésiennes tièdes de Capverne sont un adjuvant de cure utile en raison de leur action protectrice vis-à-vis des neurotoxines de l'émétine.

2° Dans les séquelles dysentériques des malades non porteurs d'amibes, présentant des réactions gastriques hépato-biliaires, vasculaires, génito-urinaires et humorales, les sources sulfatées calciques magnésiennes thermales de Bagnères-de-Bigorre agissent sur les algies abdominales et troubles de l'innervation sympathique.

Traitement homéopathique des dysentériques.

Par le Dr Bercher.

M. le Dr Louis Bercher présente quelques réflexions sur le traitement homéopathique des dysenteries. Il est loin de nier la grande valeur du traitement émétinien dans l'attaque de l'action irritante.

La rectoscopie dans les recto-colites.

Par le Dr Paul Chêne.

Si nous voulons tirer des conclusions d'actualité, nous nous permettrons de paraphraser celle d'un article récent de M. Speder, sur la radiologie dans les colites.

Devant un tableau de colite ou de recto-colite, l'anamnèse est d'un intérêt essentiel. Orienté par elle, il convient de faire la preuve de la réalité anatomique de l'atteinte colitique. Comme la radiologie apporte des renseignements d'un intérêt souvent capital, dans les lésions diffuses ou autres, la rectoscopie apporte un document précieux en raison de la fréquence des atteintes basses.

L'une comme l'autre, aucune de ces méthodes n'apporte à coup sûr de signes vraiment spécifiques fixant à eux seuls le diagnostic. Mais les deux apportent une preuve visuelle, objective de l'atteinte muqueuse. La confrontation avec les renseignements de l'interrogatoire et de l'analyse des selles complète le faisceau du diagnostic définitif.

Thérapeutique des recto-colites graves non spécifiques.

Par le Dr Chêtre.

Si l'amibiase comporte surtout un problème de diagnostic dans les recto-colites graves non spécifiques, les difficultés portent surtout sur la thérapeutique. Avant tout, il importe de ne pas nuire : ne pas imposer un régime trop strict au malade, ne pas irriter son intestin, plutôt le panser et le traiter doucement.

Dans les recto-colites hémorragiques, les médications de schock, l'hépatothérapie et certaines opothérapies semblent apporter des améliorations encourageantes.

Dans les formes ulcéro-purulentes, le polymorphisme des germes parfois imprévus ne permet que des auto-vaccins en dehors du traitement général.

L'hépatite amibienne chronique des pays tempérés.

Par le Dr M. Chiray.

Le conférencier fait d'abord une étude clinique de l'hépatite amibienne simple des régions tempérées qui est caractérisée par la triade symptomatique : les manifestations hépatiques, les symptômes intestinaux et gastriques, enfin les troubles de l'état général.

Dans une deuxième partie, l'auteur s'occupe des formes et complications de l'hépatite amibienne chronique. Il insiste plus particulièrement sur les formes latentes ou semi-latentes, sur les formes pseudo-cholécystiques et leurs rapports avec la cholécystite amibienne, sur les formes pseudo-néphrétique et urinaire, sur les formes septicémiques et leurs rapports avec les abcès chroniques.

M. le professeur Chiray établit le diagnostic de l'hépatite amibienne des régions tempérées en s'appuyant sur les constatations cliniques faites sur le foie, le caractère particulier des troubles intestinaux, la recherche des antécédents d'amibiase ou d'infestation possible, les résultats donnés par les examens radiologiques et de laboratoire et les résultats obtenus par un traitement d'épreuve.

Dans un dernier chapitre, le traitement de la congestion hépatique amibienne chronique est traité. M. le professeur Chiray insiste sur la nécessité de la longue continuité du traitement.

Les mirages et les réalités de l'insuffisance hépatique.

Par le Dr M. Chiray.

L'auteur passe en revue les différentes formes de l'insuffisance hépatique telles qu'on peut les concevoir à l'heure actuelle :

1° Insuffisance hépatique médico-mondaine, qui n'est pas une insuffisance mais qui est cataloguée de la sorte par des malades atteints d'affections de l'estomac ou de la vésicule.

2° Insuffisance hépatique totale réalisée par hépatectomie que Fiessinger dénomme très justement « insuffisance hépatique, foie absent ».

3° La grande insuffisance hépatique terminale des hépatites infectieuses ou toxiques qui eût dû être observée en clinique et réalisée en médecine expérimentale, celle que Fiessinger dénomme « insuffisance hépatique, foie présent ».

4° La petite insuffisance hépatique au cours des maladies médicales, celle qu'il serait si important de connaître et de mesurer, celle sur laquelle les éléments d'appréciation offerts au médecin restent encore si fragiles.

5° L'insuffisance hépatique consécutive aux interventions chirurgicales.

L'hépatite grave secondaire, très redoutée des chirurgiens qui demandent aux médecins un test de sécurité,

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

nous paraît pouvoir être actuellement décelée avant l'opération grâce à une nouvelle épreuve de l'insuffisance hépatique qui s'adresse à la fonction glycogénique. M. le professeur Chiray emploie l'épreuve de la galactosurine qui, préconisée d'abord par Bauer en Autriche, fut établie sur de nouvelles bases par Fiessinger, Dierick et Thiébault. Il la modifia très légèrement et n'a jamais trouvé de contradictions en se basant sur 2 000 examens.

Aussi, il estime qu'au point de vue chirurgical, il est à l'heure actuelle possible de reconnaître par cette méthode l'hépatite avant l'opération, d'y surseoir si la chose est possible ou tout au moins de la réaliser avec le moins de choc possible.

M. le professeur Chiray termine en disant que s'il conserve des doutes sur la valeur de la plupart des tests de l'insuffisance hépatique employée en médecine courante, principalement dans les cas de petite insuffisance au cours des maladies chroniques du foie, il croit que sur le terrain limité du pronostic chirurgical comme dans celui de l'ictère catarrhal normal ou prolongé, la réaction des concentrations galactosuriques permet d'obtenir des précisions intéressantes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 30 mai 1936.

Valeur et interprétation des renseignements fournis dans l'évolution des impotences fonctionnelles par l'électro-diagnostic. — M. HUMBERT nous dit que l'électro-diagnostic classique, dont la portée est uniquement qualitative, ne permet pas de reconnaître à coup sûr la cause et l'organicité de toutes les impotences fonctionnelles. Le caractère fruste de la symptomatologie, et l'absence de dégénérescence qui ne constitue qu'un élément négatif, ne sauraient en aucun cas prévaloir contre les renseignements fournis par la chronaximetrie.

Infection gonococcique expérimentale chez le cobaye. — MM. A. GRIMBERG et S. MUTERMILCH ont inoculé directement dans la vésicule séminale du cobaye des cultures de gonocoques, colibacilles et staphylocoques. Les deux premiers de ces germes ont déterminé chez l'animal une infection locale spécifique (orchite, vésiculite, urétrite), ce qui permet, sans doute, de serrer de plus près le problème des infections génito-urinaires.

Innocuité et avantages des injections intraveineuses d'huile camphrée. — M. GUILLEMAN dit que l'utilisation thérapeutique des injections intraveineuses d'huile camphrée date surtout de travaux récents qui ont montré leur innocuité absolue. Une statistique récente en rapporte 6 000 cas, sans le moindre incident. Ceci est dû à la « fonction lipopexique » du poumon, qui fixe l'huile et écarte ainsi tout danger d'embolie. L'huile camphrée intraveineuse, tout en agissant aussi rapidement, a l'avantage sur les autres préparations camphrées, et en particulier les camphres solubles, d'avoir une action plus douce et plus prolongée. On utilise, dans un minimum de temps et avec un maximum d'efficacité, les propriétés du camphre et plus particulièrement son action cardio-pulmonaire.

Présentation de malade porteur d'une tumeur osseuse du fémur. — M. FILDERMAN présente, pour la deuxième fois, après un intervalle de deux ans, un malade porteur d'une tumeur osseuse du fémur. Malgré le résultat d'une biopsie faite par M. le professeur Ombrédanne et examinée par M. Delarue (ostéome pur, aucune image de malignité), le pronostic parut très sombre à plusieurs chirurgiens qui l'ont examiné à l'hôpital et à la Société de médecine. L'état du malade était mauvais, il présentait des ganglions dans l'aîne, il souffrait et ne dormait pas. Actuellement, trois ans après la première radiographie, le malade est en bonne santé, il garde son fémur, il avait gagné jusqu'à 15 kilos. Ce résultat a été obtenu par l'hémocrino-parathyroïdienne, méthode qui a donné entre les mains de l'auteur et celles d'autres médecins des résultats remarquables dans les troubles endocriniens se manifestant par des affections nombreuses telles que staphylococcies, sclérodermie, eczéma, asthme, hypertension, artérite oblitérante, etc.

G. LUQUET.

Séance du 11 juin 1936.

De quelques contre-indications de la digitale et des digitaliques. — M. A. PRICHE insiste, avec exemples à l'appui, sur les abus de la médication digitalique, sur la tendance à la prescrire sans discrimination dans toutes affections cardiaques même s'il ne s'agit que d'une simple névrose. Il montre que les morts subites ou rapides observées parfois au cours de la réduction des états hyposystoliques par les digitaliques sont dues à un bloc de branche intraventriculaire insoupçonné, bloc que seul un électrocardiogramme aurait permis de mettre en évidence. Il conclut que prescrire de la digitale sans électrocardiogramme préalable, c'est toujours faire courir un risque au malade, qu'il s'agisse d'une hyposystolie droite ou gauche.

A propos de la Ligue du lait. — M. H. LEGRAND fait une étude sur cette ligue qui a été créée aussitôt après la guerre et qui est trop négligée par les médecins. Elle cherche à améliorer la production du lait ainsi que sa distribution ; elle cherche aussi à éduquer le consommateur. Le médecin a besoin de lait propre et sain pour les nourrissons et ses malades ; il doit donc s'intéresser à ce lait propre et sain. Nous avons du vin ordinaire et des vins fins ; il faudrait avoir du lait tout venant pour le café au lait et la purée de pomme de terre, mais aussi du lait pur, propre et exempt de germes pour les bébés et les vieillards.

Technique et indications des injections intraveineuses d'huile camphrée. — M. GUILLEMAN indique que les injections intraveineuses d'huile camphrée doivent être utilisées suivant une technique rigoureuse : ne pas injecter, en une seule fois, plus de 2 centimètres cubes d'huile pure, fluide et neutre, renfermant 10 p. 100 de camphre, et pousser l'injection très lentement. On y aura recours quand on recherchera une action immédiate et énergique

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

chez un sujet présentant un syndrome de dépression nerveuse et d'arrêt respiratoire et circulatoire provoqué par la stase sanguine, c'est-à-dire dans tous les états de shock, les syncopes et les asphyxies et chez les malades adynamiques. L'action héroïque de ce traitement en fait une arme précieuse pour la thérapeutique d'urgence. Elle doit s'ajouter aux moyens habituellement employés et prendre une place à part parmi eux.

Etude des causes de la maladie tuberculeuse. L'étape pré-clinique ou proto-phtisie. — Mme Andrée BESSON propose une hypothèse humoro-microbienne de la maladie tuberculeuse. Un trouble humoral, seul élément de la phase pré-clinique, serait le substratum de l'hérédité tuberculeuse. D'autres facteurs de modifications physico-chimiques des humeurs organiques existent : *a*) les maladies anergisantes, dont le rôle est connu ; *b*) les radiations nocives de certains sels, peu étudiées encore. Tous ces facteurs rendent le terrain humain favorable à l'acclimatement du bacille de Koch. *Ainsi le bacille de Koch ne serait peut-être parfois que le témoin de l'humorisme phtisique.* La maladie tuberculeuse aurait deux phases : l'une humorale, pré-clinique, la proto-phtisie, l'autre, la tuberculose clinique, marquée par l'entrée en scène du bacille de Koch et de ses toxines.

G. LUQUET.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 16 *juin* 1936.

Sous la présidence du Dr A. BLOCH.

Lecture du procès verbal de la séance précédente.

MM. Crocquefer et Brunet montrent un cas de déformation tumorale bi-maxillaire et bilatérale chez un jeune singe ; ils en font plutôt qu'un *leontiasis ossea* un goundou probable.

M. R. Vinceut présente un cas très intéressant d'eczéma rebelle guéri par auto-vaccin provenant d'une souche fournie par hémoculture gingivale. Il montre la malade qui est sans récidive ni traitement depuis quinze mois. Il signale ensuite un cas particulièrement démonstratif de l'efficacité des précipités de calcium dans le traitement local de la pyorrhée.

M. Louis Borry reprend la discussion sur les stomatites de l'huile grise. Il conclut à l'inutilité à l'heure actuelle de ce produit en face des autres traitements antisyphilitiques.

M. Mahé apporte une contribution à l'étiologie de la carie dentaire et s'attache spécialement à la résistance que semblent présenter les dents mortifiées. Il propose de désigner cette réaction sous le nom de « phénomène de Capdepont », cet auteur ayant été le premier à la signaler.

M. Rousseau-Decelle rapporte deux observations, l'une d'œdème de Quincke, l'autre d'urticaire géante consécutifs à l'emploi de trioxyméthylène. L'auteur conclut que le médicament agissait par voie buccale et qu'il s'agit de phénomènes d'intolérance dus à une instabilité sympathique croissante dans ces deux cas.

M. Bercher, comme appui à cette opinion, rapporte un cas d'urticaire récidivante après l'emploi de la « pâte rose ». Il dut conclure aussi à des phénomènes d'intolérance acquise.

La séance se termine par la projection de films de chirurgie stomatologique réalisés par MM. Dechaume, Thévenard et Delibéros et très intéressants pour l'enseignement.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 10 *juin* 1936.

Nématodes parasites. Essai d'une nouvelle thérapeutique. — MM. A. CHALLAMEL et P. CHANTRIOT apportent les observations que depuis trois ans ils ont recueillies, l'un en France, l'autre en Syrie, dans le traitement de l'*oxyurose* rebelle chronique, de l'*ascaridiose* et de la *trichocéphalose*, par l'emploi de l'æthone (éther de Kay 35° Baumé). La faible toxicité du produit et sa grande maniabilité leur ont permis de prescrire la dose nécessaire et suffisante dans chaque cas et d'en prolonger l'emploi durant le temps voulu.

Ils ont obtenu ainsi des succès, là où tous les anti-helminthiques classiques avaient échoué. Le plus souvent il y a intérêt à *adjoindre un évacuant intestinal* doux, mais suffisamment efficace, pour pouvoir être renouvelé aussi souvent qu'il le faut.

Dans l'*oxyurose* rebelle chronique, après avoir donné l'æthone, à la dose moyenne de 300 gouttes par jour chez l'adulte, de 100 gouttes chez le tout jeune enfant, pendant une semaine environ, avec prise du laxatif choisi, les auteurs recommandent, pour assurer l'expulsion des générations d'oxyures qui naissent de façon successive, de poursuivre l'administration de l'évacuant intestinal deux fois par semaine, avec prise d'æthone la veille et le jour même, pendant un ou deux mois.

Dans l'*ascaridiose*, où l'auto-infestation ne joue pas, le traitement est beaucoup plus court.

Dans la *trichocéphalose*, l'æthone est donnée aux mêmes doses : 300 gouttes chez l'adulte, 100 gouttes chez le jeune enfant, pendant cinq jours de suite, avec traitement de consolidation de même durée quinze jours plus tard.

Enfin, dans le dépistage de l'helminthiase chez l'homme ou l'enfant, ils préconisent *l'épreuve par l'æthone*, épreuve efficace et sans danger.

Asthme et traitement par le corps thyroïde. — MADELEINE HIRSCH rapporte qu'un malade âgé de dix-huit ans souffre depuis l'âge de onze ans, de crises d'asthme qui deviennent de plus en plus fréquentes et de plus en plus violentes.

Aprés échec de différentes thérapeutiques, un traitement par ingestion de corps thyroïde est tenté. Immédiatement les crises s'espacent et s'atténuent et ont disparu depuis sept mois.

En un an la taille du malade passe de 1m,60 à 1m,71, et son poids de 37 kilogrammes à 57 kilogrammes. Les signes sexuels secondaires apparaissent. L'auteur attribue ce succès à l'influence du corps thyroïde sur les échanges et sur le développement pubertaire.

Il ne s'agirait pas de la guérison d'un asthme spécifiquement thyroïdien, mais d'une action spécifiquement endocrinienne, ayant modifié le terrain favorable à l'asthme.

(A suivre.)

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS

NOUVELLES

Cours de vacances sur les tuberculoses ganglio-pulmonaires de l'enfance. — *Clinique médicale des enfants* (Professeur : M. NOBÉCOURT. — *Clinique de la tuberculose* (Professeur : M. BEZANÇON).

Le Dr P.-F. ARMAND-DELILLE, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, avec le concours du Dr Ch. Lestocquoy, médecin-assistant, fera du jeudi 17 septembre au mercredi 30 septembre 1936, à l'hôpital des Enfants-Malades, un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose ganglionnaire et pulmonaire de l'enfant, le pneumothorax thérapeutique, ainsi que sur l'assistance médico-sociale à l'enfant tuberculeux, la préservation de l'enfance contre la tuberculose et la vaccination de Calmette.

Chaque matin à 10 heures : Visite dans les salles Gilette et Damaschino, avec examens cliniques, examens radiologiques et recherches de laboratoire.

Leçons à 11 heures, dans l'amphithéâtre de la clinique médicale des enfants, hôpital des Enfants-Malades.

Prix de l'inscription : 150 francs.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet no 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

OBJET DU COURS. — Conditions et modes de l'infection tuberculeuse chez l'enfant. Contagion Tuberculeuse et virus filtrable. — Primo-infection : tuberculose pulmonaire du nourrisson. — Primo-infection : Tuberculose des ganglions bronchiques. — Primo-infection : Stade de généralisation (tuberculose miliaire, granulie). — Tuberculose de réinfection : Spléno-pneumonie. — Tuberculose de réinfection : Pneumonies tuberculeuses et formes ulcéro-caséeuses de l'enfant et de l'adolescent. — Pneumothorax thérapeutique chez l'enfant. — Diagnostic de la dilatation bronchique etdes affections pseudo-cavitaires du poumon ; injections intra-trachéales de lipiodol. — Tuberculoses atténuées des séreuses ; pleurésies et autres manifestations. — La fièvre de tuberculisation ; son diagnostic différentiel avec les états infectieux qui peuvent la simuler. — Diagnostic radiologique de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant. — Diagnostic bactériologique de la tuberculose chez l'enfant ; recherche du bacille dans le contenu gastique ; culture du sang d'après les méthodes nouvelles. — Principes de thérapeutique médicamenteuse et spécifique.— Héliothérapie. Préventorium et école de plein air. Rôle de l'assistance sociale dans la lutte contre la tuberculose infantile. — Prophylaxie ; la préservation de l'enfance contre la tuberculose ; l'Œuvre Grancher ; la vaccination antituberculeuse de Calmette.

Clinique médicale de l'HotelCDieu (professeur M. PAUL CARNOT). — COURS DE VACANCES D'OCTOBRE : QUINZAINE DE REVISION CLIBIOUE ET TECHNIOUE SUR LES MALADIES DIGESTIVES. — Tous les madins, du lundi 28 septembre au samedi 10 octobre 1936.

PROGRAMME DU COURS. — *a*. De 9 h. 30 à 10 h. 30 · Présentations et examens individuels de malades digestifs et hépatiques. — Examens radioscopiques et interprétations de clichés. — Techniques d'examens de laboratoire.

b. De 10 h. 30 à 11 h. 30 : Mise au point de questions d'actualité en gastro-entéro-hépatologie par le professeur Carnot ; MM. Henri Bénard, Chabrol et Bariéty, agrégés ; MM. Cachera, J. Caroli, P. Jacquet, A. Lambling, N. Péron et J. Rachet, médecins des hôpitaux ; les chefs de clinique, de laboratoire, de radiologie et de physiothérapie de la clinique.

Un certificat sera délivré à la fin du cours

Le droit à verser est de 250 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur présentation de la quittance de versement du droit.

Les bulletins de versement sont délivrés au Secrétariat

de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Institut de médecine coloniale de la Faculté de médecine de Paris. — L'Institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales

La session de 1936 commencera le 1er octobre et sera terminée en décembre.

Diplome. — A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen en vue du diplôme de « Médecin colonial de l'Université de Paris »

Dispositions générales. — L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire sont donnés à la Faculté de médecine (École pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

L'enseignement est organisé de la façon suivante :

Pathologie exotique. — Professeurs : MM. Dopter, Bouffard, L. Martin, Tanon.

Parasitologie. — Professeur : M. Brumpt.

Bactériologie. — Professeur : M. Robert Debré.

Ophtalmologie. — Professeur : M. Terrien.

Hygiène et épidémiologie exotique. — Professeurs : MM. Camus, Lemierre, Bouffard, Neveu-Lemaire, Tanon, Pozerski.

Maladies cutanées. — Professeur : M. Gougerot.

Chirurgie des pays chauds. — Professeur : M. Lenormant.

Règlements sanitaires. — Professeur : M. Tanon.

L'enseignement est à la fois théorique, pratique et clinique.

L'enseignement théorique consiste en leçons didactiques faites dans les amphithéâtres, les laboratoires de la Faculté ou les hôpitaux.

L'enseignement pratique comporte des exercices et manipulations auxquels les élèves sont individuellement exercés. Ils ont lieu dans les laboratoires de la Faculté.

L'enseignement clinique est donné à l'hôpital Claude-Bernard (siège de la clinique des maladies contagieuses, porte d'Aubervilliers), à l'hôpital Saint-Louis, à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Pasteur (25, rue Dutot).

Seront admis à suivre les cours de l'Institut de médecine coloniale :

1° Les docteurs en médecine français ;

2° Les étrangers pourvus du diplôme de doctorat universitaire français, mention : médecine ;

3° Les docteurs étrangers, pourvus d'un diplôme médical étranger admis par la Faculté de médecine de Paris;

4° Les étudiants en médecine des Facultés françaises pourvus de seize inscriptions, sans distinction de nationalité ;

5° Les internes en médecine des hôpitaux, à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité.

Les dames sont admises, si elles se trouvent dans l'une ou l'autre des conditions ci-dessus.

Droits à verser : un droit d'immatriculation, 150 fr. ; un droit de bibliothèque, 60 fr. ; droits de laboratoires (pathologie expérimentale, parasitologie, bactériologie, clinique, etc.), 750 fr. Deux examens gratuits.

Conditions d'admission. — Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), à partir du 25 septembre, les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures.

Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance devront être produits au moment de l'inscription.

Les élèves ne seront admis à suivre les cours théoriques et les exercices pratiques qu'après remise de la quittance des droits au Secrétariat général (Laboratoire de parasitologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

Chaire d'anatomie pathologique (Professeur : G. Roussy).— **Cours de perfectionnement de diagnostic et de technique anatomo-pathologique**, par M. Charles Oberling, agrégé, et M. Jacques Delarue, assistant. — Ce cours commencera le lundi 5 octobre, à 14 heures, au laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, et se poursuivra les jours suivants de 13 h. 30 à 17 heures jusqu'au jeudi 29 octobre.

Le cours comprend :

1° 22 exposés théoriques avec projections sur des sujets d'anatomie pathologique médicale dont la liste est donnée ci-dessous ;

2° 22 séances de technique avec démonstrations au cours desquelles les auditeurs seront entraînés aux diagnostics histologiques tels qu'ils se présentent dans la pratique d'un laboratoire d'anatomie pathologique de clinique médicale. Les préparations effectuées par chaque auditeur resteront sa propriété ; elles constitueront une base de collection dont les éléments auront été choisis parmi les cas les plus démonstratifs.

En plus de ces préparations, les auditeurs auront l'occasion d'étudier un grand nombre de coupes comportant la grande majorité des affections qui se présentent dans la pratique médicale ;

3° 8 séances de démonstrations d'autopsie qui comporteront la présentation et la discussion de pièces macroscopiques avec examens histologiques immédiats par congélation. Ces séances auront lieu les lundi, mercredi et vendredi de 10 à 12 h. 30 à l'Institut du Cancer, 16 *bis*, avenue des Ecoles, à Villejuif (Service spécial d'autocar à l'aller et au retour).

Programme du cours. — I. Généralités sur la technique histo-pathologique (fixation, inclusion, coupes, coloration).

II. *Le processus inflammatoire.* — Lésions élémentaires de l'inflamation. Les formes anatomiques et anatomo-cliniques de l'inflammation et leur diagnostic histologique.

III. *Inflammations spécifiques.* — Tuberculose, syphilis, mycoses, lèpre. Diagnostics histologiques et histo-bactériologiques.

IV. *Les lésions inflammatoires et ulcéreuses du tube digestif.* — Ulcères peptiques gastro-duodénaux. Les gastrorragies. Lésions intestinales de la fièvre typhoïde, de la tuberculose. Amibiase intestinale.

V. *Le pancréas.* — Autolyse cadavérique. Les pancréatites aiguës. Stéatonécrose. Cytonécrose. Les pancréatites chroniques. Les tumeurs du pancréas, adénomes et cancers.

VI. *Foie.* — Foie cardiaque. Les hépatites dégénératives. Les hépatites aiguës infectieuses et toxiques. Les hépatites spécifiques. Abcès du foie.

VII. *Foie.* — Les cirrhoses. Caractères généraux du

NOUVELLES *(Suite)*

processus cirrhotique. Les principales formes anatomo-cliniques des cirrhoses. Les lésions extra-hépatiques des cirrhoses. Les tumeurs du foie.

VIII. *Pathologie générale des tissus hémo-lymphopoiétiques.* — Affections des ganglions lymphatiques. Lymphadénites aiguës et chroniques. Lymphadénies leucémiques et aleucémiques. Lymphogranulomatoses.

IX. *Pathologie générale des affections spléniques.* — Les splénomégalies.

X. *Les principales lésions de la moelle osseuse. Leucémies et tumeurs du système hémo-lymphopoiétique.*

XI. *Lésions élémentaires du parenchyme pulmonaire.* — Troubles circulatoires, stase, infarctus, apoplexie. Les congestions pulmonaires. Pneumonie lobaire aiguë. Les bronchopneumonies. La gangrène pulmonaire et les abcès du poumon. La dilatation des bronches.

XII. *Les lésions élémentaires et les formes anatomiques de la tuberculose pulmonaire.* — Essai de classification anatomo-clinique.

XIII. *Les tumeurs broncho-pulmonaires. Pathologie générale des séreuses.* — Pleurésies et péricardites.

XIV. *Les endocardites. Les lésions du myocarde.* — L'infarctus du myocarde, les myocardites parenchymateuses et interstitielles. Rhumatisme cardiaque.

XV. *Les lésions des artères.* — Artérites aiguës et chroniques. Artériosclérose. Artérites tuberculeuses et syphilitiques.

XVI. *Lésions élémentaires du parenchyme rénal.* — Principes généraux de classification des néphrites. Les néphrites épithéliales (néphrose, maladie amyloïde).

XVII. *Les néphrites glomérulaires. Les scléroses rénales d'origine vasculaire. Les néphrites interstitielles. Les néphrites ascendantes.* — Diagnostic histo-pathologique des néphrites.

XVIII. *Lésions élémentaires du tissu osseux.* — Ostéites banales, aiguës et chroniques. Ostéites spécifiques, tuberculose et syphilis.

XIX. *Les dystrophies osseuses.* — Rachitisme, ostéomalacie, ostéoporose, ostéite fibreuse, maladie de Paget.

XX. *Les principales lésions du corps thyroïde.* — Thyroïdites aiguës et chroniques. Les goîtres et leur corrélation avec les principaux syndromes thyroïdiens. Cancers thyroïdiens. Les affections des parathyroïdes et leurs relations avec les syndromes parathyroïdiens.

XXI. *Les principales lésions des glandes surrénales.* — Les corrélations avec les syndromes surrénaux. Maladie d'Addison. Tumeurs de la médullo-surrénale. Les lésions de l'hypophyse et leurs rapports avec les syndromes hypophysaires.

XXII. *Lésions élémentaires et inflammatoires du tissu névroglique.*

Ce cours est réservé exclusivement aux auditeurs régulièrement inscrits.

MM. les internes des hôpitaux qui désirent participer à ce cours sont priés de s'inscrire directement au laboratoire.

Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté, sur présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront en outre, produire leur carte d'immatriculation.

Le droit d'inscription est fixé à 250 francs.

Les bulletins de versement seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundi, mercredi et vendredi, de 14 à 16 heures, et salle Béclard, tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi).

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. — *Cours de chirurgie oculaire, octobre* 1936. — M. le professeur F. Terrien, assisté de M. le professeur Lacassagne ; MM. les professeurs agrégés Velter et Renard ; MM. Veil et Dollfus, ophtalmologistes des hôpitaux ; les Drs J. Blum, Hudelo et Mme Braun-Vallon et M. Joseph, chefs de clinique et de laboratoire, fera un cours de chirurgie oculaire à l'Hôtel-Dieu.

Le cours commencera le vendredi 16 octobre, à 10 heures, à l'amphithéâtre Dupuytren (Hôtel-Dieu) et continuera les jours suivants. Il comprendra douze leçons. Les cours théoriques seront complétés par une série d'exercices pratiques : séances opératoires, exercices pratiques à l'École de médecine ; démonstrations, visite à l'Institut du Radium, etc...

Des séances opératoires spéciales seront organisées pendant la durée du cours.

Programme des leçons. — 1re *Leçon* : Opération de la cataracte : extraction simple et combinée. Complications opératoires et post-opératoires.

2e *leçon* : Améliorations de l'opération de la cataracte : lambeau et pont conjonctival. Suture de la cornée. Extraction totale. Extraction à la pique. Cataractes secondaires. Indications opératoires.

3e *leçon* : Opérations dirigées contre l'hypertonie. Hypertension dans les iritis et les irido-cyclites. Paracentèse de la chambre antérieure. Hypertension primitive. Iridectomie anti glaucomateuse. Opérations fistulisantes. Opération de Lagrange et d'Elliott dans le glaucome chronique. Ciliairotomie et sclérotomie postérieures.

4e *leçon*: Décollement de la rétine : notions pathogéniques. Diagnostic clinique ; recherche de la déchirure. Technique de son repérage. Diagnostic de l'intervention (formes favorables et formes défavorables).

5e *leçon* : Décollement rétinien : indications opératoires. Procédés récents d'intervention ; leurs résultats.

6e *leçon* : Les opérations sur les muscles de l'œil : ténotomie, avancement ou plissement musculaire ; avancement après résection du tendon ; raccourcissement musculo-tendineux.

7e *leçon* : Les opérations sur les voies lacrymales. Exploration. Stricturotomie. Ablation du sac. Dacryocystorhinostomie. Technique et indications des différents procédés. Les opérations sur les glandes.

8e *leçon* : Les autoplasties palpébro-conjonctivales. Principes généraux. Obtention des plaies chirurgicales aseptiques. Traitement préalable des cicatrices. Autoplasties par glissement et lambeaux pédiculés. Greffes cutanées sans pédicule. Greffes épidermiques. Autoplasties conjonctivales par glissement et lambeaux. Greffes de la muqueuse buccale. Réfections conjonctivales totales.

9e *leçon* : Radiumthérapie des tumeurs de la conjonctive et des paupières par M. le professeur Lacassagne. Cette leçon sera suivie de la visite de l'Institut du Radium.

10e *leçon* : Les opérations sur l'orbite. Orbitotomie. Opération de Knapp-Lagrange pour les tumeurs du nerf

NOUVELLES *(Suite)*

optique. Opération de Krœnlein. Exentération de l'orbite.

11e *leçon* : Traitement chirurgical de l'entropion et de l'ectropion : entropion spasmodique. Sutures de Snellen et de Gaillard. Résection de l'orbiculaire. Entropion cicatriciel ; marginoplasties. Entropion type paralytique. Etude critique des différents procédés.

12e *leçon* : Traitement du ptosis. Procédés de suppléance. Méthode de Panas et ses dérivés. Opérations d'Angelucci et de De Lapersonne. Procédés de Motais et de Parinaud.

Un certificat sera délivré aux élèves à la fin du cours.

Se faire inscrire les lundis, mercredis, vendredis, à partir du 1er septembre, au Secrétariat de la Faculté (guichet no 4) ou à l'A. D. R. M., salle Béclard (Faculté de médecine), qui facilitera les formalités d'inscription.

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

5 Septembre. — *Lucerne*. IIe Semaine médicale internationale de Suisse.

7 Septembre. — *Lisbonne*. Attribution des bourses d'études à l'Institut Carlo Forlanini.

7 Septembre. — *Paris*. Ouverture du registre d'inscription pour le concours de l'internat et des prix de l'externat.

7 Septembre. — *Paris*. Ouverture du registre d'inscription pour le concours pour la nomination à deux emplois de médecin chef de service des asiles publics d'aliénés de la Seine.

7 Septembre. — *Lisbonne*. Conférence de l'Union internationale de la tuberculose.

7 Septembre. — *Montréal*. Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord et du Canada.

7 Septembre. — *Athènes*. Ouverture du VIIIe Cours international de haute culture médicale et visite archéologique de la Grèce.

11 Septembre. — *Rennes*. Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physique à l'Ecole de médecine de Rennes.

14 Septembre. — *Lyon*. Ouverture du concours de l'internat des hôpitaux de Lyon.

15 Septembre. — *Nevers*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de médecin de l'hôpital de Nevers, chargé du laboratoire de biologie.

15 Septembre. — *Vesoul*. Clôture du registre d'inscription pour le concours pour la nomination d'un médecin-chef spécialisé des dispensaires d'hygiène sociale de la Haute-Saône.

16 Septembre. *Budapest*. Ouverture du premier Congrès international des sanatoria et des établissements de cure privées

16, 17, 18 Septembre. — *Vichy*. Congrès international de l'insuffisance hépatique.

18 Septembre. — *Clermont-Ferrand*. Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand.

18 Septembre. — *Rennes*. Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur suppléant de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole de médecine de Rennes.

18 Septembre. — *Limoges*. Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Limoges.

18 Septembre. — *Dijon*. IIIe Congrès national des médecins « Amis des Vins de France ».

19 Septembre. — *Bruxelles*. Congrès de la Ligue belge contre le cancer.

19 Septembre. — *Paris*. Clôture du registre d'inscription au concours pour la nomination à deux emplois de médecin chef de service des asiles publics d'aliénés de la Seine.

20 Septembre. — *Bologne, Rome*. Troisième Congrès de la Société internationale de chirurgie orthopédique.

21 Septembre. — *Athènes*. Clôture du VIIIe Cours international de haute culture médicale et visite archéologique de la Grèce.

24 Septembre. — *Paris*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de l'internat et des prix de l'externat, 3, avenue Victoria.

25 Septembre. — *Rennes*. Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur suppléant de chimie à l'École de médecine de Rennes.

25 Septembre. — *Besançon*. Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur suppléant de clinique et de pathologie médicales à l'Ecole de médecine de Besançon.

25 Septembre. — *Tours*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physique à l'Ecole de médecine de Tours.

25 Septembre. — *Tours*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole de médecine de Tours.

25 Septembre. — *Belgrade*. Congrès international d'hydrologie et de climatologie.

28 Septembre. — *Marseille*. Clôture du registre d'inscription au concours pour le recrutement de douze élèves internes en médecine et en chirurgie.

28 Septembre — *Paris*. Hopital militaire d'instruction de Val-de-Grâce. Concours de médecin, de chirurgien et de pharmacien chimiste des hôpitaux du Service de santé colonial.

29 Septembre-3 Octobre. — *Venise*. Congrès de la Presse médicale latine.

1er Octobre. — *Paris*. Faculté de médecine. Début

NOUVELLES *(Suite)*

des consignations pour les différents examens probatoires du doctorat.

1er OCTOBRE. — *Vesoul.* Concours pour la nomination d'un médecin-chef spécialisé des dispensaires d'hygiène sociale de la Haute-Saône.

1er et 2 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Consignation pour les examens (session octobre-novembre).

3 OCTOBRE. — *Bruxelles.* Premier Congrès européen de chirurgie structive.

5 OCTOBRE. — *Londres.* IVe Réunion européenne d'hygiène mentale.

5 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès français de chirurgie.

5 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès français d'urologie.

5 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès français de stomatologie.

5 OCTOBRE. — *Poitiers.* École de médecine. Ouverture du concours de chef de physiologie.

5 OCTOBRE. — *Marseille.* Clôture du registre d'inscription au concours pour le recrutement de trente-cinq élèves externes en médecine et en chirurgie.

6 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès français d'orthopédie.

8-10 OCTOBRE. — *Paris.* IIIe Congrès des médecins électro-radiologistes de langue française.

10-14 OCTOBRE. — *Genève.* VIe session de l'Office international de documentation de médecine militaire.

CHRONIQUE DES LIVRES

Le nodule de la corde vocale, par le Dr J. TARNEAUD.

Dans cet ouvrage de 140 pages, si dense par les idées qu'il contient et si neuf à bien des points de vue, l'auteur précise les causes organiques du nodule vocal. Le nodule vocal est une maladie de la phonation : c'est un « accident de la phonation forcée ». Il résulte exceptionnellement d'une lésion inflammatoire. Un sujet porteur d'une laryngite aiguë ou chronique ne fait habituellement pas de nodule ; bien mieux, s'il y a une rougeur sur la corde, elle est secondaire et non causale.

Dans l'acte de la phonation, deux systèmes de forces s'exercent sur le larynx : les forces dites motionnelles, pression sous-glottique et élasticité des cordes, excitent et entretiennent la vibration des cordes ; à elles viennent s'ajouter les forces réactionnelles dues au résonnateur pharyngo-buccal. Le bon fonctionnement vocal provient de l'accord du résonnateur avec les harmoniques convenables du son du larynx, formant ainsi une onde stationnaire : on a un couplage d'entretien. Au contraire, quand pour une raison déterminée se produit un désaccord entre les deux facteurs, les vibrations forcées du couplage d'amortissement ainsi créé nécessitent une accommodation supplémentaire des muscles du larynx : d'où surcroît de travail et fatigue. Celle-ci se traduit par une hypotonie partielle ou généralisée des muscles laryngés qui est à l'origine de la formation du nodule. Les observations stroboscopiques et radiologiques montrent qu'à ce moment, pendant la phonation, les cordes présentent une concavité supérieure dont le point le plus bas se trouve au tiers antérieur de la corde. Ce point est également le plus saillant à l'intérieur de la glotte. Il est facile de comprendre que les chocs répétés des cordes en vibration, en ce point, finissent par produire ce « fibro-épithéliome limité » qu'est le nodule.

Tel est l'essentiel de l'intéressante conception personnelle que l'auteur expose.

L'anatomie pathologique et la symptomatologie, bien connues, sont brièvement traitées par Tarneaud, pour s'étendre plus longuement sur le traitement, autrefois décevant, de cette affection redoutée des chanteurs. Le repos vocal n'est efficace qu'à la condition d'être suivi à bref délai d'une rééducation rationnelle contrôlée au stroboscope. Le traitement chirurgical est réservé aux cas plus anciens.

Un chapitre d'indications thérapeutiques très précises termine ce petit livre qui sera certainement accueilli avec plaisir par nombre d'oto-rhino-laryngologistes déçus par la tenacité de cette minuscule lésion.

Oto-rhino-laryngologie du médecin praticien, par GEORGES LAURENS. 6e *édition* (*Masson et Cie*).

Cet ouvrage, dont la clarté, la simplicité et la technique feront l'émerveillement du praticien, a pour but d'apprendre à l'étudiant et au médecin — surtout celui de la campagne, éloigné de tout spécialiste — à faire un diagnostic et à poser une indication thérapeutique précise, en lui indiquant : ce qu'il doit savoir, ce qu'il peut faire, ce qu'il doit éviter.

Tous les chapitres de l'oto-rhino-laryngologie pratique sont exposés avec méthode, l'auteur indiquant pour chaque examen la technique permettant d'aboutir au meilleur diagnostic. Bien des points qui, comme les mastoïdites, les sinusites, les laryngites, restaient obscurs au praticien, parce que non approfondis, deviennent lumineux, grâce aux schémas qui illustrent abondamment l'ouvrage.

Le plan est le plan logique des traités classiques d'oto-rhino-laryngologie. Il est d'autant plus complet que dans cette sixième édition de nombreux chapitres de séméiologie ont été ajoutés, concernant en particulier les vertiges, les surdités ; d'autres ont été complétés de façon heureuse, comme ceux de l'obstruction et des infections nasales.

En lisant cet ouvrage, le praticien se documentera sûrement, utilement et — disons-le — agréablement.



VARIÉTÉS

LE PÉRIL TABAGIQUE

LE TABAGISME

Tableau des Maladies dues au tabagisme

Par le Dr DELOBEL

Médecin honoraire de l'hôpital de Noyon (Oise),
Lauréat de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences.

Bien que la *perniciosité du tabac* pour l'organisme humain soit connue, il nous paraît utile de montrer dans une *vue d'ensemble les funestes effets du tabagisme*, c'est-à-dire les maladies qu'il engendre, quel que soit le mode d'emploi du tabac.

Que le tabac soit fumé, prisé ou mâché (chiqué), le danger est le même pour ceux qui en font un usage immodéré. LA TOXICITÉ DU TABAC N'EST PAS UNE ; *elle est due à toute une série de corps dont l'action s'ajoute, et aux substances qui se produisent dans la fumée.* Il serait sans doute intéressant de parler de ces divers corps et substances. Mais nous ne voulons donner ici qu'un aperçu de tous les *méfaits de l'abus du tabac.*

Exception faite des cas d'ailleurs bien rares d'intoxication aiguë, *le tabac, sous quelque manière qu'il soit employé, est un poison lent auquel on s'accoutume. Cette accoutumance en fait précisément le danger*, car les syndromes ne sont ni bruyants, ni éclatants. *Il est malheureusement un autre poison qui s'associe bien souvent au tabac :* L'ALCOOL. TABAGISME ET ALCOOLISME MARCHENT LE PLUS SOUVENT DE PAIR. *Cette union des deux poisons ne fait que renforcer leur pouvoir délétère, leur toxicité.*

L'organisme tout entier subit l'influence du tabac chez celui qui en abuse. Il y a lieu cependant de faire observer que *l'intoxication tabagique a ses organes et régions de prédilection*, qui sont fréquemment et plus rapidement atteints que les autres, et présentent plus tôt des lésions et des phénomènes pathologiques : tels l'*appareil circulatoire, le système nerveux.*

Nommer les diverses maladies spéciales aux tabagiques suffirait à prouver que *l'intoxication tabagique est un fléau pour l'individu, un fléau pour la famille, un fléau pour la société, un fléau pour la race.* Cette dernière observation avait déjà été faite par Montaigne qui s'écriait : « Le tabac ne serait-il donc venu du Nouveau-Monde que pour tuer l'Ancien ? »

I. Intoxication aiguë

TABAGISME AIGU ....

L'INTOXICATION AIGUË S'OBSERVE LE PLUS SOUVENT CHEZ LE FUMEUR NOVICE, celui qui fume pour la première fois, cigarette, cigare ou pipe. *Elle se manifeste par des nausées, des vertiges, de la pâleur, des lipothymies, des sueurs froides, une salivation abondante, une céphalée très douloureuse avec des vomissements.* Dans les CAS GRAVES, à ces phénomènes pathologiques s'ajoutent une *prostration très prononcée, un refroidissement du corps, de la stupeur et des convulsions*, et bientôt survient LA MORT.

Le tabac en lavement provoque une violente diarrhée, avec des douleurs abdominales, et peut aussi entraîner la mort.

L'empoisonnement peut être parfois criminel ou accidentel, et même *volontaire* (suicide). Les enveloppements du corps avec des feuilles de tabac, les pansements avec les feuilles, ou avec des onguents et pommades contenant du tabac ont pu aussi entraîner la mort.

VARIÉTÉS *(Suite)*

II. Intoxication chronique

Tableau des Maladies dues au tabagisme

	1° APPAREIL DIGESTIF.	LEURS CONSÉQUENCES SUR LE CARACTÈRE ET L'INTELLIGENCE.
BOUCHE	*Fétidité de l'haleine.* Bouche enflammée. *Plaques laiteuses des fumeurs* (surtout si l'on fume des brûle-gueules). *Stomatites. Aphtes. Leucoplasie buccale* (celle-ci est capable de se transformer en CANCER).	
LÈVRES	*Epithélioma* (autre variété de cancer). Gonflement de la lèvre supérieure chez les priseurs. Brûlures des lèvres chez les fumeurs de « mégots » (bouts de cigares ou de cigarettes).	Irritabilité. Paresse.
DENTS	Elles jaunissent. *Forme spéciale de la dent sur laquelle repose la pipe. Carie dentaire. Névralgies.*	Énervement. Parole moins nette.
GENCIVES	Gonflées, ramollies, saignantes. *Gingivite.*	
LANGUE	Langue saburrale. *Psoriasis. Glossite. Ulcérations. Cancer. Tuberculose.*	Irritabilité. Morosité. Tristesse.
GLANDES SALIVAIRES	*Sialorrhée. Ptyalisme.*	
MACHOIRES	*Nécrose du maxillaire supérieur.*	
PHARYNX	*Pharyngite* catarrhale, aiguë, chronique. Pharyngite atrophique. *Granulations. Hyperesthésie du pharynx. Dysphagie.* Toux matutinale brève, hemmage. *Hocquet. Angines* aiguë, chronique. Angine pharyngée. CANCER.	Angoisse. Tristesse.
ŒSOPHAGE	*Œsophagisme. Œsophagites chroniques* (douleurs, dysphagie, rejet de sécrétions d'aspect pituiteux).	Congestion de la face.
ESTOMAC	Inappétence. *Anorexie. Digestions laborieuses,* surtout chez les chiqueurs. Dilatation de l'estomac. Gastrites. Embarras gastrique. *Dyspepsie* d'où anémie consécutive. *Gastrite atrophique. Hyposthénie avec hypochlorhydrie. Insuffisance avec hypochlorhydrie.* Hématémèses. CANCER de l'estomac chez les chiqueurs.	Angoisse après les repas. Somnolence. Paresse intellectuelle. Tristesse. Irritabilité. Inquiétude.
INTESTIN	Entérite. *Diarrhée. Prolapsus du rectum. Prurit anal.*	
FOIE	On a trouvé de la nicotine dans le foie de priseurs incorrigibles. Cirrhose annulaire périlobulaire. Hépatalgie. Teint terreux, cholémique chez les grands fumeurs.	Déchéance physique et intellectuelle. Improductivité. Apathie.
	2° APPAREIL RESPIRATOIRE.	
LARYNX	*Laryngite* catarrhale aiguë, chronique. *Granulations. Hyperesthésie* du larynx. Enrouement. *Toux spasmodique.* Voix éraillée. Laryngite crapuleuse. *Laryngo-trachéite.*	
BRONCHES	*Bronchite chronique.* Bronchorrhée.	Irritabilité. Décrépitude physique. Vieillesse prématurée. Tristesse. Angoisse. Inquiétude. Idées de suicide.
POUMONS	Emphysème. Asthme nicotinique. Hoquet. *Phtisie.* Dyspnée. Cas graves : *respiration bulbaire de Cheynes-Stokes ; respiration stertoreuse. Hémoptysies.* Asthme tabagique. A hautes doses, le tabac détermine la *paralysie des centres respiratoires du bulbe.* Constriction thoracique. Pseudo-asthme, principalement le soir. LE BACILLAIRE PULMONAIRE NE DOIT PAS FUMER. CANCER DU POUMON.	



LITT. ECH. LANCOSME. 71 AV. VICTOR EMMANUEL III PARIS (8e)

SOUS UNE FORME ACTIVE ET AGRÉABLE

LA MÉDICATION CITRATÉE

BI-CITROL
MARINIER

EUPEPTIQUE
CHOLAGOGUE
ANTIVISQUEUX
DÉCONGESTIF

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRES MARINIER
23, Rue Ballu, PARIS

LA MÉDICATION CITRATÉE

DRAEGER

CARBAGOL MARINIER
le traitement de choix des affections intestinales

VARIÉTÉS *(Suite)*

3° Appareil circulatoire.

Cœur... Aorte...	*Accélération* (tachycardie) ou *ralentissement du pouls*, pouls lent permanent, *intermittences* et *arythmie du cœur. Pouls dur, serré, concentré,* presque insensible. Narcotisme du cœur. *Lipothymies. Syncope. Sentiments d'angoisse et d'anxiété précordiales, palpitations,* battements tumultueux : arrêts subits et angoissants du cœur, cœur irritable des fumeurs, *cardialgies,* douleurs rétrosternales, *sclérose dystrophique du myocarde.* Névralgies. Angine de poitrine. *Fausse angine* (par troubles digestifs, fréquente, bénigne). *Angine tabagique,* guérie par la suppression du tabac. *Angine scléro-tabagique, sclérose coronaire, angine organique* ne guérissant pas par la suppression du tabac. Cœur tabagique : *hypertrophie et dilatation du* myocarde. *Le tabac élève la pression artérielle.* Aorte : *Athérome* de la crosse de l'aorte. *L'athérome serait une conséquence de l'irritation des glandes surrénales,* irritation provoquée par le tabac. (*Surrénalite chronique hyperplasique diffuse* qui amène hypertension.)	Angoisses terribles. Inquiétude. Crainte. Nervosité. Irritabilité. Pessimisme.

4° Vaisseaux. Muscles. Appareil locomoteur.

Vaisseaux...	*Artères : Artériosclérose,* contraction du système artériel. *Veines.* Congestion fréquente, *hémorroïdes.*	Obnubilation intellectuelle.
Muscles...	*Anémie musculaire,* faiblesse générale, fatigue continuelle des muscles volontaires. *Tremblement.* *Tressaillement.* Tressautement (omoplate, dos, poitrine). *Affaiblissement.*	Inquiétude Tristesse. Maladresse.
Appareil locomoteur...	*Membres : parésie, paralysie. Gangrène des membres inférieurs. Thrombo-angiite pouvant imposer l'amputation.* Claudication intermittente.	

5° Organes génito-urinaires.

Appareil urinaire...	*Le tabac aurait peu d'influence sur l'appareil urinaire. La fumée du tabac serait un diurétique.*	
Fonctions de reproduction...	*Hommes : Agénésie. Anaphrodisie. Frigidité.* Spermatorrhée. Sclérose du testicule. *Impuissance.* *Femmes : Métrorragies. Leucorrhée. Avortement. Enfants malingres. Perversions sexuelles.* Saphisme. Onanisme. *La nourrice qui allaite son enfant, peut l'intoxiquer, si elle fume ou chique.* L'enfant est pris de troubles digestifs, d'agitation avec dyspnée, ralentissement du pouls, état syncopal, collapsus, et algidité suivie de mort. *Le tabac exagère la préoccupation vénérienne, excite le désir intellectuel, et paralyse la possibilité de le satisfaire.*	Égoïsme. Affaiblissement de la race. Dépopulation.

VARIÉTÉS *(Suite)*

6° SYSTÈME NERVEUX.

SYSTÈME NERVEUX	Le tabac est un *poison nervin* par excellence, en même temps qu'un *poison des ganglions sympathiques et parasympathiques intrathoraciques*. NÉVRALGIES DIVERSES : faciales, dentaires, brachiales, scapulaires, pouvant simuler l'angine de poitrine. POLYNÉVRITES. Nerfs des membres. Douleurs. Tremblements. Paralysie, impotence. Hésitation dans la marche. *Névrite du nerf optique.* CÉCITÉ.	Énervement. Tristesse. Inaptitude au travail. Maladresse.
	Irritation cérébro-spinale. Douleurs rachidiennes. *Dépression nerveuse* avec amaigrissement. ABOULIE. Hémiplégie incomplète. Hystérie tabagique. NEURASTHÉNIE. *Céphalée.* CÉPHALALGIE avec vomissements (fausse migraine tabagique). *Migraine ophtalmique.* *Vertiges gastriques, vertiges dus au poison lui-même.* *Anémie des centres nerveux et des méninges.* D'OU VERTIGES.	Colère. Impatience. Oisiveté. Paresse. Déchéance intellectuelle. Improductivité. Gâtisme.
	Congestion cérébrale chronique. *Paralysies bulbaires.* *Tremblement surtout pour écrire* (tremblement des doigts). Difficulté et même impossibilité d'écrire en ligne droite. *Perte partielle de la mémoire*, surtout pour les noms, plus ou moins prononcée, et pouvant aller jusqu'à l'APHASIE, L'AMNÉSIE. *Spasme artériel encéphalique.* Méiopragies encéphaliques spasmodiques. Vertiges, étourdissements. Eclipse cérébrale. Syncope. Méningite par cause indirecte ou plutôt par propagation.	Travail lent, pénible. Rêveries. Déchéance intellectuelle.
	TROUBLES MENTAUX. Stade prodromique. Agitation, anxiété, tristesse. Durée : un mois et demi à trois mois. Premier stade : *Hallucinations. Visions. Troubles du sommeil.* Tristesse. Fatigue. Durée : six à sept mois. Deuxième stade : Phase de *dépression* (abattement), et d'*excitation* (agitation). Durée plus longue. Jusqu'ici ces troubles sont curables, à la condition de supprimer le tabac. Troisième stade : L'INTELLIGENCE DÉCLINE. VIE VÉGÉTATIVE .... INCURABILITÉ.	Inquiétude. Mélancolie. Pessimisme. Paresse. Inaptitude au travail. Décrépitude physique et intellectuelle. PROPENSION AU MENSONGE.

7° ORGANES DES SENS.

ŒIL	Blépharite. Conjonctivite. Epiphora. *Rétinite.* AMBLYOPIE. Éblouissement. Asthénopie rétinienne. Dyschromatopsie. *Névrite du nerf optique.* CÉCITÉ.	Affaiblissement de la vue. Cécité. Maladresse. Improductivité. Irritabilité.
OREILLE	Hyperesthésie de l'ouïe. Bourdonnements de l'oreille. *Névrite acoustique bilatérale.* VERTIGES. Catarrhe de la trompe d'Eustache. *Otite.* SURDITÉ.	Surdité.
NEZ	Gonflement de la muqueuse, rhinite, *coryza chronique. Anosmie. Nasonnement.* CANCER *des fosses nasales* chez les grands priseurs.	Irritabilité. Tristesse. Abattement.
GOUT	Altéré chez les fumeurs. *Agueusie* chez les chiqueurs.	Indifférence. Maladresse.
TOUCHER	Diminution de la sensibilité.	

8° INFLUENCE DU TABAGISME SUR LES MALADIES ET LES PLAIES.

Influence du tabagisme sur les maladies et les plaies...	Inefficacité des médicaments. Retard dans la guérison des maladies et des plaies. Pronostic plus grave.	*Le tabagisme entraîne la* PAUVRETÉ.

9° TABACS D'OCCASION (contrebande et mégots) : CANCER. SYPHILIS. TUBERCULOSE.

VARIÉTÉS *(Suite)*

LE TABAC EST UN POISON NERVIN, UN POISON CÉRÉBRAL, UN POISON INTELLECTUEL.

L'action du tabac sur le système nerveux permet d'affirmer que *le poison est nervin*, et nous dispense d'insister.

Le tabac est un poison cérébral et intellectuel. Il provoque à une échéance assez éloignée des *troubles de l'idéation*, la *difficulté de l'effort intellectuel*, de la *dysmnésie. Il est un* POISON DE CHOIX *pour les gens qui travaillent beaucoup cérébralement. Il est, à la longue, le grand poison des facultés psychiques.* Il engendre l'*aboulie*, puis l'*apathie* qui conduit l'esprit à la *mélancolie*, à la *rêverie*, à la *neurasthénie par défaut d'énergie*, et, par cela même, fait naître des *idées de suicide*, s'il n'y conduit pas. *Le fumeur acharné, empoisonné à l'excès, devient paresseux, indolent, égoïste, d'un sans-gêne cynique, en même temps qu'il s'achemine vers l'*IMPUISSANCE CÉRÉBRALE ABSOLUE.

M. de Fleury, qui avait été un grand fumeur, et sut se corriger lorsqu'il se rendit compte des dangers qu'il courait, fait observer que les maîtres de la littérature au XIXe siècle, V. Hugo, Balzac, Michelet, Dumas père, ne fumaient pas. « Ils étaient trop grands pour rechercher cet excitant médiocre (le tabac), et trop forts pour compromettre cette force. » Leur puissance de travail était considérable. V. Hugo manifestait son aversion pour le tabac qui change la pensée en rêverie, et, à Villiers de l'Isle Adam qui vantait l'influence du tabac sur le cerveau des écrivains, il disait que *remplacer la pensée par la rêverie, c'est confondre un poison avec une nourriture.*

Balzac a fulminé contre le tabac ; non seulement il ne pouvait pas fumer, mais il voulait empêcher les autres de fumer. Il déclare que *le cigare infecte l'état social.* « *L'abus de tabac*, a-t-il dit, *détruit le corps, attaque l'intelligence, hébète une nation.* »

M. de Fleury fait encore remarquer que Musset, E. Sue, G. Sand, Mérimée, Saint-Victor, Théophile Gautier, Baudelaire, Flaubert étaient des fumeurs, et que leurs œuvres se ressentent de *l'influence du tabac sur le cerveau*, chez les uns par leur peu d'étendue, chez les autres par le caractère qu'elles revêtent. Barbey d'Aurevilly trouvait que *le tabac engourdit l'activité.* Zola ne fuma plus parce que le tabac l'avait rendu malade.

VARIÉTÉS *(Suite)*

F. Coppée fumait beaucoup, et, cependant, il travaillait beaucoup. A. Dumas fils cessa de fumer, *il considérait le tabac comme l'alcool,* LE PLUS REDOUTABLE ADVERSAIRE DE L'INTELLIGENCE. Émile Augier, après avoir fumé pendant quarante ans, renonça au tabac qui le conduisait « trop vite au bout du fossé ». Octave Feuillet a cessé l'usage du tabac parce qu'*il émousse les facultés de l'esprit.* Théodore de Banville, fumeur impénitent, avoue que *la cigarette n'est que la résignation et le rêve.* Edmond de Goncourt, qui était un fanatique de la cigarette et du cigare, se trouvant un jour étrangement *incapable de vouloir,* et dans l'*impossibilité de travailler,* et attribuant au tabac sa *paresse intellectuelle,* cessa, après une lutte héroïque, de fumer pour retrouver sa puissance intellectuelle.

Cet aperçu sommaire des maladies dues au tabac montre suffisamment que *l'intoxication est un fléau pour l'individu.* Par les soins qui doivent être donnés aux malades, les dépenses qui s'imposent, *ce fléau s'étend à la famille. L'énormité des bénéfices que l'Etat retire de son monopole* prouve, à son tour, que *le tabagisme conduit au* PAUPÉRISME. *L'improductivité, l'inaptitude au travail, et même l'incapacité totale mettent les victimes du tabac à la charge de la société. La stérilité relative des ménages, la diminution du nombre des enfants entraînent* LA DÉPOPULATION, et, par cela même, prouvent que *le tabagisme est un fléau pour la race.*

« Ma manie de fumeur est une démonstration nouvelle, inattendue de l'incorrigible bêtise humaine. Le tabac est une habitude stupide, à laquelle je me suis enchaîné, tout en me rendant compte de ma stupidité » (P. Richet).

La tabacomanie est bien une stupide habitude qui, en présence des dangers auxquels elle expose, nous donne l'obligation, le devoir de combattre l'intoxication dès qu'elle se manifeste, en faisant diminuer la quantité employée, ou même, en certains cas, en faisant complètement supprimer le tabac. On a vu de grands fumeurs, « des fumeurs impénitents consommant des quantités invraisemblables de cigarettes depuis de nombreuses années, cesser du jour au lendemain, et sans incident important, une habitude invétérée, et y renoncer à tout jamais » (Ed. Hirtz).

REVUE DES CONGRÈS

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MICROBIOLOGIE

Le Ier Congrès international de Microbiologie s'était tenu à Paris en juillet 1930, sous la présidence de M. le Professeur J. Bordet. Le second a eu lieu à Londres du 25 juillet au 1er août dernier, sous la présidence de M. le Professeur Ledingham.

Les congressistes étaient nombreux, venus surtout d'Angleterre, des Etats-Unis et d'Allemagne.

Le Congrès, placé sous le patronage de H. R. H. le duc de Kent, s'est ouvert par une brillante réception que S. Exc. Ramsay Mac Donald a bien voulu honorer de sa présence.

Les séances de travail et de démonstrations ont été très bien remplies. Elles se tenaient tous les jours de 9 h. 30 à 12 h. 30 et de 2 h. 30 à 5 heures.

Huit sections travaillaient en même temps. Comme d'habitude, dans chaque section un rapporteur général présentait un rapport, plusieurs orateurs apportaient les communications et la discussion était ensuite ouverte.

Nous ne pouvons donner ici qu'un résumé des importants travaux qui ont été présentés :

I. — **Biologie générale des microorganismes** (président : professeur Gotschlich, d'Ankara) ; rapporteurs : professeur Flemming (Londres), Fonseca (Rio de Janeiro), Orskov (Copenhague), Daranyi (Budapest).

II. — **Les virus et les maladies provoquées par ces virus chez les animaux et chez les plantes** (président : professeur Doerr, de Bâle).

M. le professeur Doerr, rapporteur, parla des caractères généraux des virus et du bactériophage.

Des communications furent faites, entre autres orateurs par M. Nicolau (Paris) sur la transformation du virus rabique fixe en virus des rues ; par M. Lépine (Paris) sur les virus fixes rabiques et leur évolution ; par M. le professeur Gratia et M. le Dr Manil (Liége) sur la sérologie des virus des plantes ; par M. Wollman (Paris) sur la nature des bactériophages.

La discussion a porté sur la transmission du virus ; sur la question des virus considérés comme cause des tumeurs ; sur le mécanisme de l'immunité dans les maladies infectieuses (rapporteur : M. le professeur Ledingham, de Londres) ; sur la formation de l'immunité dans les maladies infectieuses chez les animaux et chez les plantes ; sur la vaccination et sur l'allergie.

III. — **Bactéries et moisissures en relation avec les maladies de l'homme, des animaux et des plantes** (présidents : MM. les professeurs Butler, de Londres, et Zinsser, de Boston).

Le rapporteur, M. le professeur Neufeld (Berlin), traita des différents types de bactéries au point de vue de leur culture, de leurs réactions sérologiques, de leurs rapports avec les maladies infectieuses et avec les épidémies ou épizooties.

On parla aussi de la question des bacilles diphtériques chez les animaux, des streptocoques pathogènes dans leurs rapports avec la scarlatine, la fièvre puerpérale, l'érysipèle, le rhumatisme aigu et l'endocardite infectieuse, avec la mastite, la lymphangite et les suppurations chez les animaux. D'autres communications portèrent sur les changements des caractères morphologiques et culturaux dans leurs rapports avec le changement dans la composition chimique des bactéries, sur la structure antigénique, la production de la toxine et le pouvoir pathogène ; sur la classification des champignons pathogènes et sur la vie saprophytique des champignons des teignes (communication de M. le professeur Langeron, Paris).

Dans cette section, M. le professeur Weinberg (Paris) a fait une communication sur les bactéries anaérobies pathogènes et Mme Aitoff (Paris) a parlé d'un bacille dysentérique, agent probable d'une entérite grave de nouveaunés.

IV. — **Bactéries du sol. Microbiologie du lait. Microbiologie industrielle. Microbiologie des eaux, de l'air. Viabilité des microorganismes.** Sous la présidence de M. le professeur Buchanan (U. S. A.).

Les sujets les plus variés furent successivement envisagés ; des aliments frais périssables autres que le lait et ses dérivés ; de la question du processus de décomposition des restes des plantes dans le sol, des engrais, de la microbiologie des céréales mises en silo ; du métabolisme des levures ; du problème de la purification biochimique et bactériologique des eaux usées ; des progrès récents dans les industries de fermentation.

V. — **Zoologie et parasitologie médicale, vétérinaire et agricole.** Sous la présidence de M. le professeur Brumpt, (Paris), une série de problèmes y a été étudiée.

Citons : la biologie des différentes formes du parasite de la malaria chez l'homme et chez les animaux ; la chimiothérapie, le mécanisme de l'action des médicaments et de la résistance de l'organisme à la thérapie antiparasitaire ; la chimiothérapie des trypanosomiases. Les facteurs qui influent la transmission de l'infection paludéenne et des autres maladies infectieuses parasitaires, le typhus exanthématique et les Rickettsia. L'infection exanthématique inapparente chez l'homme et les méthodes récentes de cultiver le virus exanthématique.

Quelques communications ont été consacrées à la question de l'immunité dans le paludisme, à l'immunité ou la prémunition dans les maladies à hémocytozoaires (professeur Sergent, d'Alger), à l'immunité chez les singes vis-à-vis des hématozoaires du paludisme, aux problèmes concernant les formes végétatives et les kystes de l'amibe dysentérique dans certaines conditions naturelles, extérieures à leur hôte (Deschiens, de Paris) ; à l'infection coccidienne chez l'homme et chez le lapin ; à la coccidiose du pigeon voyageur dans le nord de la France (professeur Lavier et Dr Bondois, Lille).

VI et VII. — **Sérologie et Immunochimie.** Présidées par MM. les professeurs Madsen et Zinsser.

Parmi les questions les plus importantes qui y furent traitées, il faut citer :

La structure de l'antigène naturel et synthétique (professeur Heidelberger, New-York). Les méthodes de floculation et le dosage des antigènes et des anticorps (professeur G. Ramon) ; la théorie et la méthode du dosage de l'antigène (Prigge, Francfort) ; l'existence dans certaines bactéries d'une substance non protéique, toxique, spécifique et antigénique ; antigènes « complets » et antigènes « résiduels » (Boivin) ; le rapport entre le milieu de culture et l'élaboration de l'antigène bactérien ; les anticorps à affinités multiples (Kurt Meyer) ; la variabilité bactérienne, la relation entre le changement du

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

caractère morphologique et cultural et le changement de la composition chimique (Arkwright, Londres) ; la dissociation du staphylocoque (prof. Rochaix, Lyon) ; le rôle du système nerveux dans l'immunité et l'anaphylaxie (Metalnikof, Paris) ; l'immunité et l'allergie comme appareils de défense de l'organisme contre les maladies infectieuses ; le mécanisme de la sensibilisation anaphylactique et le rôle des ferments dans l'anaphylaxie (professeur Maignon, Paris) ; la propriété bactéricide du sérum des tuberculeux sur les bacilles de tuberculose (Simitch, Belgrade) ; les immuno-réactions et leurs relations avec la structure de l'antigène et avec la variation des bactéries.

La question des groupes sanguins avait pour rapporteur général le professeur O. Thomsen (Copenhague). Ces communications furent faites sur les groupes dans les différents organes et sur l'application des groupes sanguins en anthropologie (Streng, Helsinki) ; et pour la transfusion sanguine.

La chimie des antigènes fut spécialement étudiée. Citons : les polyholosides des diverses bactéries ; les protéides bactériennes ; le métabolisme des bactéries anaérobies ; la respiration des bactéries (Lwoff) ; la nutrition et le développement des bactéries ; le métabolisme des levures ; la spécificité dans la fermentation (Fernbach, Paris) ; l'assimilation des acides aminés par les levures ; le métabolisme hydro-carboné des microorganismes ; les spécificités fonctionnelles dans la dégradation des sucres (Schoen, Paris) ; l'action des dérivés sulfurés sur la fermentation bactérienne du glucose.

VIII. — **Immunisation spécifique et son contrôle dans les maladies d'homme et d'animaux.** Présidée par M. le professeur Park (New-York).

Citons : l'anatoxine diphtérique et la prophylaxie de la diphtérie (G. Ramon) ; la prophylaxie du tétanos chez l'homme et chez les animaux domestiques par l'anatoxine tétanique (G. Ramon). l'immunisation spécifique contre la coqueluche ; les méthodes générales d'immunisation dans le traitement des infections streptococciques (MM. Cotoni et Pochon, Paris) ; la prophylaxie et le traitement sérique des maladies provoquées par les bactéries anaérobies chez l'homme et chez les animaux ; la prophylaxie et le traitement de la pneumonie par le sérum ; la sérothérapie des diverses maladies infectieuses.

Des visites dans les Instituts scientifiques et d'intéressantes excursions, particulièrement à Cambridge et à Oxford, complétèrent agréablement le programme.

Le prochain Congrès aura lieu aux Etats-Unis.

Dr N. Kossovitch.

CONGRÈS DE MELBOURNE

L'Association médicale britannique a tenu son congrès annuel à Melbourne, et la publication des rapports nous permet de donner une idée d'ensemble de ce grand événement anglais. Il passera sans doute beaucoup d'eau dans le Canal de Suez avant que notre Confédération générale tienne ses assises à Saïgon, ou même à Rabat. Il est vrai que les associations médicales anglaises ou américaines sont tout à la fois des syndicats corporatifs et des sociétés savantes ; leurs congrès sont des dates importantes pour les sciences médicales comme pour la défense professionnelle.

Deux fois déjà le Congrès de l'Association britannique s'était tenu au Canada ; le choix de la grande cité australienne, cette année, était justifié par le développement qu'a pris la médecine en Australie. Le président était d'ailleurs australien ; c'était Sir James Barrett, ophtalmologiste.

La médecine, en Australie, se fait dans des conditions assez particulières, à cause de l'immense étendue d'un pays où pourraient tenir à l'aise une douzaine de Frances, du petit nombre des médecins, et de la socialisation intense qui prévaut dans l'organisation du pays.

Les congressistes avaient deux chemins pour aborder Melbourne ; ils pouvaient traverser le continent américain, où un accueil particulièrement cordial leur fut réservé, ou passer par la Méditerranée ; pour beaucoup, ce fut une excellente occasion de boucler la boucle, par l'Est ou l'Ouest.

L'ouverture du Congrès fut pittoresque et solennelle. Après un beau câble adressé au Roi, qui répondit très aimablement avant la fin de la séance, le président salua les délégations et quelques étrangers qui s'y étaient joints ; puis, entrant dans le vif de la question, il adjura le corps médical australien de prendre en charge les hôpitaux du pays, afin d'éviter qu'ils soient socialisés, et eux-mêmes par surcroît. Trois systèmes différents sont proposés : le système anglais, le système américain, puis ce qu'on appelle le *Bush Nursing*, sorte d'assurance médicale qui garantit les soins médicaux pour l'assuré et sa famille à un prix modique, pourvu que l'assuré ait passé d'abord un contrat avec le médecin de son choix, aux conditions qui leur conviennent à tous deux ; ce système fonctionne parfaitement en Australie, et d'excellents hôpitaux sont entretenus par ces contributions, sans aucune subvention, ni aucun contrôle gouvernemental.

Le second plan est spécial à la province de Victoria. Les hôpitaux y sont maintenus par des contributions volontaires, des subventions et les versements des malades. Les salaires étaient généralement assez élevés en Australie, avant la crise, et la charge de la maladie supportée sans trop de peine ; mais la crise a augmenté considérablement les chômeurs et les nécessiteux, ce qui rend le système de Victoria très inférieur comme résultats au *Bush Nursing*, dont le Dr Barrett est un partisan déterminé.

Le Professeur E.-W. Hey Groves, au contraire,

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

défend le contrôle gouvernemental des hôpitaux. L'hôpital, pour lui, est déjà et doit devenir le centre de toute médecine, pour le riche comme pour le pauvre. L'hôpital est donc un élément essentiel de la vie sociale, et doit, à ce titre, ressortir au contrôle de l'autorité, dans l'intérêt des malades et de la science. Il n'a pas parlé des médecins.

Puis se succédèrent les questions purement scientifiques.

Le Dr Vickers raconta les tribulations, les grandeurs et les misères des « médecins volants », institués en 1914 pour aller porter secours, en avion, aux fermiers isolés et lointains, et les transporter à l'hôpital voisin, si nécessaire. Le moyen d'avertissement est un générateur d'ondes mis en œuvre par une bicyclette, et qui transmet en morse les appels urgents. Le médecin peut se borner à donner des instructions, toujours en morse, ou bien voler au secours du malade. Il y a actuellement 35 stations ; on en prévoit 500.

Sir Raphael Cilento est ensuite venu dire leurs vérités à ses compatriotes. D'après sir Raphael, deux dangers menacent l'avenir de l'Australie : la dénatalité et l'inflation urbaine. Toutes les villes sont sur la côte ; l'intérieur se dépeuple. Jusqu'en 1931, 75 p. 100 de la population provenait de l'accroissement naturel, contre 25 p. 100 qui étaient des immigrés. Mais l'immigration a été supprimée : au lieu de 30 000 nouveaux venus en 1927, il n'y en a plus que 175 en 1932. Le taux des naissances est, d'autre part, l'un des plus faibles du monde : il est la moitié de celui de 1891. La longévité est en progrès marqué ; mais elle n'aboutit qu'à l'augmentation constante du nombre des vieillards et par conséquent à la dépréciation de l'ensemble de la population, et à une diminution progressive de sa fécondité. Il n'y a que deux solutions : reprendre le cours de l'immigration ou encourir les risques de l'invasion, ce péril jaune dont les Australiens sont si proches. On voit d'ici l'aimable sourire des délégations chinoises et japonaises !

Sans nous attarder sur une conférence de lord Horder, président de la Société eugénique de Grande-Bretagne, qui ne paraît pas avoir proposé de remède à la dépopulation de l'Australie, sans entrer dans l'étude des communications purement scientifiques dont on a trouvé l'analyse dans les journaux médicaux, nous devons nous pencher sur ce grave problème de la dépopulation, parce que la France est exactement dans la même situation que l'Australie, sauf qu'elle n'a pas à sa disposition les immenses territoires qu'elle pourrait offrir aux « peuples sans espace ». Ne pouvant compter que faiblement sur l'immigration, l'avenir de la France est d'être envahie ; à moins que des gouvernements prévoyants ne réussissent, ce qui est loin d'être impossible, à relever la natalité de notre pays ; la tâche est aussi grande qu'urgente.

PH. DALLY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 10 juin 1936.

Hypertension artérielle maladie et hyperthyroïdie. — MM. H. WELTI et M. GARNIER signalent que l'association d'une hypertension artérielle maladie et d'une hyperthyroïdie s'observe après la cinquantaine. Il s'agit alors souvent de malades atteints d'adénomes toxiques pu suspendre une série d'accidents qui semblait s'annoncer longue, ou en éviter le retour à l'occasion d'une cure ultérieure, mais, grâce à la cortico-surrénale, beaucoup de nos malades habituellement très sensibles à la chaleur, spécialement à l'orage, ont pu échapper aux inconvénients que les auteurs ont décrits chez les hépatobiliaires comme dépendant de ces conditions climatériques.

Mais, en dehors des bouleversements organiques que représentent les phénomènes de choc et les troubles de l'orage, les simples modifications notées à l'occasion d'une cure thermale moyenne se trouvent notablement corrigées par les hormones parathyroïdiennes et surrénales.

La glycémie, l'urée, les lipides totaux, la cholestérine, la lécithine ne présentent plus dans ces conditions les variations importantes qu'on observe à la suite d'une cure exclusivement thermale.

Production expérimentale d'œdèmes de nutrition, au moyen d'un régime exclusif de chocolat. — M. RAOUL LECOQ et MADELEINE ALLINNE signalent qu'il est possible de provoquer chez le jeune rat, au moyen d'un régime exclusif de chocolat, la production d'œdèmes de nutrition, comparables en certains points avec les œdèmes de guerre.

MARCEL LAEMMER.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 juin 1936.

Gastrectomies et anémies consécutives. — MM. BÉCART et LUQUET, se basant sur une expérience de plus de 1 000 cas d'ulcères opérés par différentes méthodes, montrent que l'anémie, consécutive à la gastrectomie s'observe exclusivement dans les cas chez lesquels la résection a été pratiquée à un niveau trop élevé. Si, en effet, la section de la petite courbure *peut et doit* être faite sans inconvénient très haut pour éviter les récidives ou les ulcères peptiques, celle de la grande courbure, au contraire, doit être *beaucoup plus basse*, de façon que la direction de la tranche gastrique tende vers la verticale. Les anémies sont, en général, légères et présentent le type hypochrome. Les auteurs n'ont jamais vu de *maladie*

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

de Biermer se développer à la suite d'une gastrectomie, si on entend par ce terme un état myélopathique anémique caractérisé histologiquement par la reviviscence embryonnaire dont le test est la présence dans le sang circulant, et surtout dans la moelle osseuse, d'*erythroblastes à noyau perlé*. Le traitement qui leur a donné le meilleur résultat dans ces cas d'anémie secondaire est l'opothérapie gastrique, fer réduit à hautes doses (1 à 2 grammes et plus par jour).

Chirurgie réparatrice mammaire : distribution de la peau sur le sein néoformé. — M. C. CLAOUÉ montre, que l'habillage du cône mammaire reconstruit par double rotation sur lui-même du moignon, doit s'inspirer d'une concentration cicatricielle péri-aréolaire. Le lambeau cutané externe est réparti au pourtour de l'aréole décollée en collerette en faisant jouer l'elasticité de la peau pour coapter des courbures différentes. Pour absorber l'excès de peau, des godets cutanés sont réséqués sur la ligne médiane inférieure, soit en V renversés, etc. Une cicatrice radiaire externe est la trace de l'emplacement primitif de la réigon aréolaire transplantée.

La plastique mammaire. — M. BOURGUET expose deux méthodes techniques opératoires, l'une du Dr Schwarzmann et l'autre du Dr Biesenberger qui ont été publiées il y a six ans. Tous deux avec une technique différente réduisent l'hypertrophie du sein par une ablation plus ou moins grande de la glande dans la partie externe. Pour corriger la ptose, ils font subir une rotation à la partie restaute en portant l'extrémité inférieure du sein conservé au contact de l'extrémité supérieure. De ce fait, le mamelon est relevé et replacé dans sa position normale. L'auteur fait ressortir que, dans une technique publiée récemment, rien de nouveau n'a été ajouté aux techniques précitées, parce que c'est la même correction de l'hypertrophie et la même rotation de la partie du sein conservé.

Hypertrophie des amygdales et carie dentaire, deux portes d'entrée de la voie morbide. — M. G. ROSENTHAL soutient que les maladies actuellement considérées comme primitives ne sont que la deuxième étape de l'évolution pathologique des individus. Il appelle voie morbide la route parfois latente, souvent méconnue, qui mène de la santé à la maladie. Dans l'enfance, le jeune sujet quitte la route de la santé pour descendre la voie morbide pour de multiples raisons : deux des plus importantes sont la déchéance lymphoïde et la carie dentaire. L'auteur insiste sur le fait que l'ablation des végétations et des amygdales ne dispense pas d'un traitement général du tissu lymphoïde dégénéré et que les soins dentaires sont le premier pas du traitement chimiothérapique, endocrinien et hydrologique de la décalcification.

De quelques initiatives médicales et d'une chaire du progrès scientifique. — M. GEORGES ROSENTHAL demande qu'une Chaire de progrès scientifique empêche l'oubli de travaux intéressants et utiles.

G. LUQUET.

NOUVELLES

Société française d'orthopédie. — Les Journées orthopédiques de 1936 auront lieu à Turin, à l'occasion du IIIe Congrès de la Société internationale de chirurgie orthopédique (Bologne et Rome), les 18 et 19 septembre, sous la présidence du professeur Ugo Camera, de Turin.

Séance d'ouverture le 18 septembre à 14 heures.

Au cours des séances de travail, seront étudiés :

Le traitement orthopédique des affections de la hanche;

Le traitement chirurgical des grandes différences de longueur des membres inférieurs ;

Les décollements épiphysaires, etc.

Le samedi matin, 19 septembre, des démonstrations de techniques chirurgicales seront faites à l'hôpital Regina Margherita par le professeur Ugo Camera et ses assistants.

Pour renseignements, s'adresser directement au professeur Ugo Camera, Corso Cairoli, 8, à Turin, ou au Dr Roederer, 10, rue de Pétrograd, à Paris (8e).

Pour les facilités de transport et le séjour à Turin, s'adresser à l'Agence Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris (9e).

Voyage médical à Budapest à l'occasion du Ier Congrès international des sanatoria et des établissements médicaux. — A l'occasion du Ier Congrès international des sanatoria, qui se tiendra à Budapest du 16 au 21 septembre 1936, un superbe voyage sera organisé dans des conditions excessivement intéressantes pour les membres du corps médical et leurs familles.

Le programme à l'ordre du jour du Congrès est constitué par une partie économique, une partie générale et une partie scientifique, concernant surtout la tuberculose, le cancer, la physio et la balnéothérapie.

A part l'organisation médicale, des excursions et un programme pour les dames sont prévus.

Visite d'Innsbruck, Vienne, Schœnbrunn, Salzbourg, Budapest. De Budapest, excursions au mont Saint-Jean à Budafok (visite des caves d'Etat et dégustation des réputés vins du pays), visite de Mezokovesd, et excursion par bateau sur le Danube.

Le départ de Paris aura lieu, le 12 septembre 1936, à 8 heures. Le retour le 24 septembre 1936 .

Prix en 2e classe au départ de Paris, 1 850 francs par personne.

Prix en 2e classe au départ de Bâle, 1 680 francs par personne.

Les personnes participant effectivement aux travaux du Congrès devront verser une somme de 150 francs (50 pengo). Le droit de participation des personnes membres de la famille du médecin est de 90 francs (30 pengo), ce qui leur donne tous les avantages des congressistes ; ouverture solennelle, banquets officiels, autres banquets, excursions, etc...

Indiquer les titres des communications au Dr R. Hervé, Les Escaldes (Pyr.-Orient.) ou au Dr Brody, secrétaire général de la Section française, Grasse (A.-M.), qui se tiennent à la disposition des Congressistes pour tous les renseignements.

IIIe Congrès national des médecins amis des vins de France. — Nous rappelons que cette importante manifestation, dont l'objet est l'étude scientifique du raisin et du vin, se tiendra à Dijon les 18, 19 et 20 septembre prochain sous la présidence de M. le professeur Portmann, sénateur de la Gironde.

NOUVELLES *(Suite)*

Au cours des séances de travail, les propriétés de notre boisson nationale seront envisagées du point de vue hygiénique, alimentaire, thérapeutique et prophylactique.

Des excursions permettront aux Congressistes de visiter les célèbres crus du Beaujolais et du Mâconnais, au cours desquelles il leur sera donné d'apprécier l'hospitalité bourguignonne au cœur même de la capitale de la gastronomie française.

Les adhésions ne pourront être reçues que jusqu'au 1er septembre. L'inscription au Congrès est de 200 fr. pour les trois journées, tous frais compris ; voyage avec la réduction habituelle des Grands Réseaux.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Ozanon, à Rongeon par Buxy (Saône-et-Loire), ou à M. Eylaud, 126, rue Camille-Godard, à Bordeaux. Téléphone : 833-22.

Clinique thérapeutique médicale de la Pitié. — COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LE DIABÈTE SUCRÉ, DU 19 AU 31 OCTOBRE 1936. — Ce cours sera fait par M. le professeur RATHERY, avec la collaboration du professeur Terrien, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine ; du professeur Jeannin, professeur de Clinique d'accouchement à la Faculté de médecine ; du Dr Thalheimer, chirurgien des hôpitaux ; du Dr Froment, ancien chef de clinique, médecin assistant du service ; du Dr Mollaret, professeur agrégé, médecin des hôpitaux ; des Drs Boltanski, Julien Marie, Kourilsky, médecins des hôpitaux ; des Drs Dérot, Germaine Dreyfus-Sée, Mollaret, Sigwald, chefs de clinique à la Faculté de médecine, et du Dr Doubrow, chef de laboratoire.

Programme du cours. — I. Étude biologique du diabète : la glycémie normale et le métabolisme des glucides Les troubles du métabolisme dans le diabète. Le métabolisme basal chez les diabétiques. L'acidose diabétique. La physio-pathologie du diabète.

II. Les méthodes d'examen d'un diabétique.

III. Étude chimique du diabète : le diabète simple et le diabète consomptif. Le diabète infantile. Le diabète rénal. Le diabète bronzé. Les formes étiologiques du diabète (syphilis, traumatisme). Diabète et grossesse.

IV. Les complications du diabète : les petits accidents nerveux. Les accidents oculaires. Les accidents cutanés : furoncles, anthrax, diabétides. Les accidents cardio-vasculaires : le collapsus cardiaque. La gangrène diabétique. Le coma diabétique. Tuberculose et diabète.

V. Les thérapeutiques du diabète : le régime de Bouchardat et les régimes équilibrés. L'insuline, ses propriétés et son mode d'action. Le traitement chimiothérapique et hydrologique. Les succédanés de l'insuline. Le traitement de fond du diabète simple et du diabète consomptif. L'insulino-résistance. Le traitement du coma diabétique. Les accidents dus à l'insuline et le coma insulinique. Diabète et chirurgie. L'avenir du diabétique.

Exercices pratiques. — Les auditeurs du cours seront initiés aux différentes méthodes de recherche concernant l'étude et le traitement du diabète : le dosage du sucre urinaire ; le dosage du sucre sanguin ; le *p*H et la réserve alcaline ; la recherche et le dosage de l'acétone, de l'acide diacétique et de l'acide β-oxybutyrique ; le métabolisme basal.

Les exercices pratiques seront faits sous la direction de Mme Plantefol et de Mlle Lévina.

Visites quotidiennes dans les salles et présentation de malades diabétiques par le professeur Rathery.

Inscriptions. — Les inscriptions à ce cours seront reçues à la Faculté de médecine, soit au secrétariat (guichet no 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, soit à l'A. D. R. M. (Faculté de médecine, salle Béclard), tous les jours, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi).

Droit d'inscription : 250 francs.

Un diplôme sera délivré à l'issue du cours.

Horaires des cours et exercices pratiques. — *Jeudi* 13 *octobre.* — 10 heures. Professeur Rathery : La glycémie normale et le métabolisme des glucides. — 5 heures. Professeur Rathery : Le métabolisme des glucides, des protides et des lipides dans le diabète.

Vendredi 14 *octobre.* — 10 heures. Dr Maurice Rudolf : L'acidose diabétique. — 4 heures. Exercices pratiques : le dosage du sucre sanguin. — 5 heures. M. Plantefol : Métabolisme basal et diabète.

Samedi 15 *octobre.* — 10 heures. Professeur Rathery : La physiologie pathologique du diabète. — 5 heures. Professeur Rathery : La fiche d'examen du diabétique.

Lundi 17 *octobre.* — 10 heures. Professeur Rathery : Les formes fondamentales du diabète ; diabète simple et diabète consomptif. — 4 heures. Exercices pratiques : *p*H et réserve alcaline. — 5 heures. Dr Germaine Dreyfus-Sée : Le diabète infantile.

Mardi 18 *octobre.* — 10 heures. Dr Sigwald : Les formes étiologique du diabète. — 5 heures. Dr Julien Marie : Le diabète rénal.

Mercredi 19 *octobre.* — 10 heures. Professeur Jeannin : Diabète et grossesse. — 5 heures. Dr Doubrow : Diabète bronzé.

Jeudi 20 *octobre.* — 10 heures. Professeur Terrien : Les accidents oculaires du diabète. — 4 heures. Exercices pratiques : Le métabolisme basal. — 5 heures. Dr Mollaret : Les petits accidents nerveux du diabète.

Vendredi 21 *octobre.* — 10 heures. Dr Dérot : Accidents cardio-vasculaires. Collapsus cardiaque. — 5 heures. Dr Kourilsky : Accidents cutanés du diabète.

Samedi 22 *octobre.* — 10 heures. Dr Maurice Rudolf : Coma diabétique. — 5 heures. Dr Boltanski : Gangrène diabétique.

Lundi 24 *octobre.* — 10 heures. Dr Julien Marie : Tuberculose et diabète. — 4 heures. Exercices pratiques : le dosage du sucre urinaire. — 5 heures. Professeur Rathery: Le régime dans le diabète.

Mardi 25 *octobre.* — 10 heures. Professeur Rathery : L'insuline, ses propriétés et son mode d'action. — 5 heures. Dr Maurice Rudolf : Les traitements chimiothérapiques et hydrologiques. Les succédanés de l'insuline.

Mercredi 26 *octobre.* — 10 heures. Dr Froment : Le traitement de fond du diabète simple. — 5 heures. Dr Froment : Le traitement de fond du diabète consomptif.

Jeudi 27 *octobre.* — 10 heures. Professeur Rathery : Résultats de la cure insulinienne dans le traitement de fond du diabète consomptif. Insulino-résistance. — 4 heures. Exercices pratiques : recherche et dosage de l'acétone, de l'acide diacétique et de l'acide β-oxybutyrique. — 5 heures. Professeur Rathery : Le traitement du coma diabétique.

NOUVELLES *(Suite)*

Vendredi 28 *octobre.* — 10 heures. Dr Thalheimer : Diabète et chirurgie. — 5 heures. Dr Sigwald : Les accidents dus à l'insuline et le coma insulinique.

Samedi 29 *octobre.* — 10 heures. Professeur Rathery : L'avenir du diabétique.

Vacances de Noël sur la Côte d'azur. — Le XIVe Voyage médical international de Noël sur la Côte d'azur, organisé par la Société médicale du Littoral méditerranéen, aura lieu du 26 décembre au 2 janvier. La concentration se fera à Nice, le samedi 26 décembre. La journée sera consacrée à la visite de cette grande cité et à une réception officielle. Les jours suivants, les voyageurs verront l'Observatoire de Nice, le Monument d'Auguste à La Turbie, le Château médiéval de Roquebrune et parcourront la célèbre Voie Romaine de Nice à Menton. Ils visiteront cette gracieuse et antique station climatique, avec le château de Grimaldi, le laboratoire du Dr Voronoff et le Cap-Martin. Ils seront ensuite les hôtes de la Principauté de Monaco, avec son musée océanographique unique dans le monde, ses jardins tropicaux et le palais de ses Princes. Une réception leur sera offerte par le Gouvernement. Puis ils verront Monte-Carlo et son casino, Beaulieu et sa flore tropicale, Villefranche et sa rade, le Mont-Boron avec son inoubliable panorama.

Le 30 décembre, ils parcourront Cagnes, la Cité des peintres, Vence et ses sanatoria, Grasse, fabrique de parfums et centre climatique de la zone intérieure. La journée du 31 décembre sera consacrée à la visite du Cannet, de Juan-les-Pins et de son poste radiophonique d'Antibes et de son cap, d'où l'on admirera le panorama des Alpes et de la Côte d'azur, de Hyères à Menton.

Le 1er janvier, les voyageurs seront les hôtes de Cannes, où ils assisteront à la fête traditionnelle des Bains de mer du Nouvel An. Après avoir déjeuné à l'Institut d'actinologie de Vallauris, ils seront reçus à l'hôtel de ville de Cannes, puis une soirée de gala, offerte par la Municipalité, terminera ce beau voyage, où les réceptions luxueuses alterneront avec les démonstrations scientifiques, dans le cadre magique des plus beaux paysages du monde.

Les trente-trois années d'expérience de la Société organisatrice assurent à ces parcours une technique, une économie et un luxe indiscutés. La direction scientifique du voyage sera, comme de coutume, confiée à des professeurs. Des médecins, des historiens, des naturalistes, spécialisés dans l'étude de la région et des monuments visités, assureront les explications nécessaires. Tous les parcours seront effectués en auto-cars de luxe et les logements seront réservés dans les meilleurs hôtels. Les médecins et leurs femmes, les étudiants en médecine, recevront des permis de parcours individuels à demi-tarif, valables durant un mois sur les chemins de fer français. Les adhérents qui ne voudront point assister au voyage entier, pourront se joindre à une partie seulement et bénéficier d'une réduction correspondante de la cotisation.

A l'occasion du voyage, de magnifiques excursions auront lieu dans les Alpes (sports d'hiver), dans l'Estérel (Fréjus et ses ruines romaines, Saint-Raphaël, sa plage et ses maisons d'enfants), en Corse, l'antique Cyrnos, Ile de Beauté, à partir du 2 janvier. Des séjours prolongés sur la Côte d'azur seront mis aussi à la disposition des adhérents, dans les stations de leur choix.

Ecrire, dès à présent, au Secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice, pour renseignements complémentaires.

Clinique obstétricale Baudelocque (121, boulevard de Port-Royal). — Professeur : A. Couvelaire. — **Stage et cours de perfectionnement, du 5 au 31 octobre.** — Sous la direction du professeur Couvelaire, avec l'assistance de MM. Portes, Desnoyers, Ravina, Lacomme, Digonnet, Bureau, accoucheurs des hôpitaux ; M. Aurousseau, chirurgien des hôpitaux ; M. Powilewicz, Mme Anchel-Bach, Mme Fayot-Petit-Maire, anciens chefs de clinique ; M. Roger Couvelaire, chef de clinique chirurgicale ; M. Lepage, chef de clinique ; MM. Coen, Grasset, Landrieu, anciens internes des hôpitaux ; M. Boros, interne des hôpitaux ; M. Mouchotte, aide de clinique.

A. *Stage clinique.* — Le stage pratique comporte : des exercices cliniques individuels (examens de femmes gravides, parturientes ou accouchées, avec discussion du diagnostic et du traitement) ; l'assistance aux accouchements et opérations, aux consultations de la policlinique et du dispensaire antisyphilitique.

B. *Conférences.* — M. Lacomme : Diagnostic de la gestation au cours des premiers mois. Anomalies de forme et de situation de l'utérus gravide.

M. Desnoyers : Direction de l'accouchement.

M. Sureau : Hémorragies pendant la gestation et l'accouchement (endométrite hémorragique, placenta inséré sur le segment inférieur).

M. Sureau : Complications de la délivrance.

M. Desnoyers : Diagnostic des viciations pelviennes (rachitiques, bossues, boiteuses).

M. Desnoyers : Traitement des viciations pelviennes.

M. Ravina : Vomissements graves.

M. Ravina : Albuminurie. Hypertension. Azotémie. Rétention chlorurée au cours de la gestation.

M. Ravina : Eclampsie à forme convulsive. Eclampsie à forme hémorragique (apoplexie utérine et utéro-placentaire).

M. R. Couvelaire : Anomalies de la dilatation du col

M. Sureau : Anomalies de la contraction utérine.

M. Portes : Formes cliniques et traitement des infections puerpérales.

M. Desnoyers : Môle vésiculaire.

M. Lepage : Gestations gemellaires.

Mme Fayot-Petit-Maire : Examen du placenta.

M. Lacomme : Tuberculose et gestation.

M. Powilewicz : Prophylaxie et traitement de la syphilis congénitale.

Mme Anchel-Bach : Cardiopathies et gestation.

M. Lepage : Infections colibacillaires et gestation.

M. Ravina : Infections gonococciques au cours de la gestation et de la puerpéralité.

Mme Fayot-Petit-Maire : Souffrance fœtale au cours de l'accouchement et traitement de la mort apparente.

M. Powilewicz : Hygiène et alimentation du nouveau-né normal et prématuré.

M. Aurousseau : Chirurgie du nouveau-né.

C. *Opérations obstétricales.* — Démonstrations. Exercices pratiques individuels. Présentations de films cinématographiques.

NOUVELLES *(Suite)*

M. Coen : Forceps dans les variétés directes et obliques antérieures.

M. Coen : Forceps dans les variétés transverses et obliques postérieures.

M. Coen : Forceps dans les présentations de la face et du front.

M. Landrieu : Extraction du siège.

M. Landrieu : Version par manœuvres internes.

M. Lepage : Basiotripsie.

M. Lepage : Embryotomie rachidienne.

M. Grasset : Dilatation artificielle du col. Dilatateurs, dilatation manuelle, ballons.

M. Lepage : Hystérotomies par voie vaginale. Incision du col. Césarienne vaginale.

M. Portes : Hystérotomies par voie abdominale. Césarienne corporéale, césarienne sur le segment inférieur (projection de films).

M. Portes : Césarienne avec extériorisation temporaire de l'utérus. Hystérectomies intra et post-partum (projection de films).

M. Desnoyers : Pelvitomies.

M. Sureau : Chirurgie de la période de délivrance (délivrance artificielle, traitement des inversions, transfusion).

M. Sureau : Chirurgie des lésions traumatiques obstétricales.

M. Sureau : Chirurgie des tumeurs compliquant la gestation et la parturition.

M. Sureau : Chirurgie des gestations ectopiques.

Droit d'inscription : 250 francs.

S'inscrire au Secrétariat de la Faculté (guichet n°4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Cours de phonologie pratique et d'euphonie, par le Dr Wicart. — Ce cours est destiné aux médecins et laryngologues désireux de se spécialiser ou de se documenter en phonologie et dans la fonction professorale ou oratoire, aux maîtres de chant ou de diction, à tous les candidats à l'enseignement vocal, orateurs, chanteurs et déclamateurs soucieux de baser sur une technique rationnelle leur art, que celui-ci se déploie publiquement ou devant le micro du phonographe, de la T. S. F. ou du cinéma.

Il est avant tout utilitaire, parce que toujours animé par des exercices pratiques, des démonstrations et des discussions techniques ; il traite simplement de l'*anatomie*, de la *physiologie*, et de la *pathologie* vocales et respiratoires, de l'étude de la *phonation*, de l'*articulation* et des *émissions* normales ou déformées, dans la parole et dans le chant, contrôlées par les *examens auditif et visuel*, du *classement* vocal et professionnel, du secret de la *phonogénie microphonique* avec ses applications au phonographe, à la radiodiffusion et au cinéma, et de ses rapports avec les arts vocaux et leur enseignement, des moyens de développer la *véritable* voix et de la garder intacte à travers les maladies ou les fatigues, etc.

Le cours, complet en dix leçons, aura lieu du 21 septembre au 2 octobre 1936, chaque soir à 18 heures sauf le samedi et le dimanche.

Le prix global pour les dix leçons est de *deux cents* francs.

Le prix pour une leçon est de *trente* francs.

Les membres d'Euphonia (cotisation annuelle 20 francs) ont droit à une réduction de 50 p. 100 sur ces prix.

Pour les inscriptions et pour tous renseignements, s'adresser chez le Dr Wicart, 92, avenue de Wagram, Paris (XVIIe).

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

14 Septembre. — *Lyon*. Ouverture du concours de l'internat des hôpitaux de Lyon.

15 Septembre. — *Nevers*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de médecin de l'hôpital de Nevers, chargé du laboratoire de biologie.

15 Septembre. — *Vesoul*. Clôture du registre d'inscription pour le concours pour la nomination d'un médecin-chef spécialisé des dispensaires d'hygiène sociale de la Haute-Saône.

16 Septembre. — *Budapest*. Ouverture du premier Congrès international des sanatoria et des établissements de cure privés.

16, 17, 18 Septembre. — *Vichy*. Congrès international de l'insuffisance hépatique.

18 Septembre. — *Clermont-Ferrand*. Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand.

18 Septembre. — *Rennes*. Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur suppléant de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole de médecine de Rennes.

18 Septembre. — *Limoges*. Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Limoges.

18 Septembre. — *Dijon*. IIIe Congrès national des médecins « Amis des Vins de France ».

NOUVELLES *(Suite)*

19 Septembre. — *Bruxelles.* Congrès de la Ligue belge contre le cancer.

19 Septembre. — *Paris.* Clôture du registre d'inscription au concours pour la nomination à deux emplois de médecin chef de service des asiles publics d'aliénés de la Seine.

20 Septembre. — *Bologne, Rome.* IIIe Congrès de la Société internationale de chirurgie orthopédique.

21 Septembre. — *Athènes.* Clôture du VIIIe Cours international de haute culture médicale et visite archéologique de la Grèce.

24 Septembre. — *Paris.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de l'internat et des prix de l'externat, 3, avenue Victoria.

25 Septembre. — *Rennes.* Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur suppléant de chimie à l'Ecole de médecine de Rennes.

25 Septembre. — *Besancon.* Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur suppléant de clinique et de pathologie médicales à l'Ecole de médecine de Besançon.

25 Septembre. — *Tours.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physique à l'Ecole de médecine de Tours.

25 Septembre. — *Tours.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole de médecine de Tours.

25 Septembre. — *Belgrade.* Congrès international d'hydrologie et de climatologie.

28 Septembre. — *Marseille.* Clôture du registre d'inscription au concours pour le recrutement de douze élèves internes en médecine et en chirurgie.

28 Septembre. — *Paris.* Hôpital militaire d'instruction de Val-de-Grâce. Concours de médecin, de chirurgien et de pharmacien chimiste des hôpitaux du Service de santé colonial.

29 Septembre-3 Octobre. — *Venise.* Congrès de la Presse médicale latine.

1er Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Début des consignations pour les différents examens probatoires du doctorat.

1er Octobre. — *Vesoul.* Concours pour la nomination d'un médecin-chef spécialisé des dispensaires d'hygiène sociale de la Haute-Saône.

1er et 2 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Consignation pour les examens (session octobre-novembre).

3 Octobre. — *Bruxelles.* Ier Congrès européen de chirurgie structive.

5 Octobre. — *Londres.* IVe Réunion européenne d'hygiène mentale.

5 Octobre. — *Paris.* Congrès français de chirurgie.

5 Octobre. — *Paris.* Congrès français d'urologie.

5 Octobre. — *Paris.* Congrès français de stomatologie.

5 Octobre. — *Poitiers.* Ecole de médecine. Ouverture du concours de chef de physiologie.

5 Octobre. — *Marseille.* Clôture du registre d'inscription au concours pour le recrutement de trente-cinq élèves externes en médecine et en chirurgie.

6 Octobre. — *Paris.* Congrès français d'orthopédie.

8-10 Octobre. — *Paris.* IIIe Congrès des médecins électro-radiologistes de langue française.

10-14 Octobre. — *Genève.* VIe session de l'Office international de documentation de médecine militaire.

VARIÉTÉS

A TRAVERS L'HISTOIRE DE L'HYDROLOGIE (1840-1843)

Les notices sur les eaux minérales, les guides aux eaux, etc., qui se sont succédé tout au long du XIXe siècle, sont une mine précieuse pour le chercheur qui veut étudier l'histoire de nos stations et l'évolution de la thérapeutique hydrominérale à travers les âges.

Dans une notice sur les eaux minérales des Chalets Saint-Nérée, dans la vallée de Barousse, entre Saint-Bertrand-de-Comminges et Bagnères-de-Luchon, nous lisons les passages d'un rapport des études du Dr Scoutetten :

« ...Voici en outre quelques passages d'un rapport très étendu du Dr Scoutetten, premier professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, chargé par le maréchal Soult, ministre de la Guerre, de faire un voyage en Allemagne pour y étudier l'hydrothérapie, et que *l'Expérience*, journal de médecine et de chirurgie, vient de publier en entier dans ses numéros du 30 mars et du 6 avril 1843.

Le Dr Scoutetten a visité non seulement Graeffenberg, mais encore le plus grand nombre des établissements hydrosudopathiques de l'Allemagne. Il les mentionne brièvement dans l'ordre de son itinéraire :

« J'arrivai à Stuttgart le 22 septembre. Le royaume de Wurtemberg possède trois établissements hydrothérapiques. Le plus beau, fondé par des actionnaires, est situé près de la petite ville d'Eslingen, dans une contrée charmante et très salubre. Les actionnaires paraissent très satisfaits des résultats pécuniaires qu'ils ont obtenus, puisqu'ils se disposent à ajouter aux 100 000 francs déjà dépensés, une somme encore plus forte pour des constructions nouvelles.

« ... En Bavière, on a vu se former des établissements importants à la tête desquels il faut citer celui d'Alexandersbad dirigé par le Dr Fikenscher. Presque tous les médecins distingués de Munich, notamment le professeur Ringsess, pensent que le traitement hydriatique, convenablement appliqué, est une ressource puissante contre certaines maladies rebelles aux moyens ordinaires de la médecine.

« A neuf lieues de Munich, dans la petite ville de Freysing, existe un petit hôpital militaire; il est dirigé par le Dr Gleich qui, plein de confiance en l'hydrothérapie, a cru devoir employer ce traitement contre toutes les maladies internes et externes. Depuis le 16 avril 1839 jusqu'au 27 septembre 1842, le Dr Gleich a traité 723 malades et il n'en a perdu que 7.

« Il existe six établissements hydrothérapiques dans les environs de la capitale de l'Autriche, mais il en est quatre qui méritent à peine ce nom. Les deux autres sont placés dans une vallée très longue, très étroite et dominée par des montagnes arides.

« Je ne parlerai pas des quatre établissements qui existent en Hongrie, dans les environs de Pesth, ni de ceux de la Moravie, de l'Illyrie et de la Carinthie... J'avais hâte d'arriver à Graeffenberg, qui est encore à cent lieues au nord de Vienne... Je passai un jour et une nuit à Olmutz, dont le nom est si tristement lié aux souvenirs de la dure captivité du général Lafayette. Enfin, le surlendemain du jour où j'avais quitté cette ville, et après avoir heureusement supporté la fatigue de chemins détestables, j'arrivai à Graeffenberg.

« *Le pays est salubre, l'air y est vif et pur, l'eau excellente. C'est au milieu de ces conditions favorables que Priessnitz s'est placé pour obtenir les succès qui l'ont rendu célèbre.*

UNE VISITE A PRIESSNITZ.

« Aujourd'hui Graeffenberg est devenu l'hôpital des incurables du monde entier. J'ai vu des malades venus de Saint-Pétersbourg, de Moscou et de Paris, de Londres et de Philadelphie, d'Astracan et de Constantinople. Enfin, Vienne, Berlin, Varsovie, toute l'Allemagne, la Hongrie, l'Italie fournissent aussi leur contingent.

« Il n'en est point de Graeffenberg comme des eaux minérales en réputation de France et d'Allemagne où on se rend très souvent par ton, par entraînement, ou pour y chercher la distraction. A Graeffenberg, tout est sérieux; la vie y est rude et les plaisirs très rares. On ne se décide à ce voyage qu'après avoir épuisé toutes les ressources ordinaires de la médecine, car dans ce pays étranger à la civilisation des villes, le confortable est inconnu et le nécessaire est difficile à se procurer.

« Malgré ces inconvénients, Graeffenberg reçoit une foule de personnages de la plus haute distinction : cette année y a vu le prince de Nassau, le prince de Lichtenstein, la sœur de l'ex-roi de Prusse, la princesse Sapiea, la princesse Gortschakoff, le fils du duc de Sussex, oncle de la reine d'Angleterre, des magnats de la Hongrie, des grands de la Valachie, puis une foule de baronnes, de comtesses de tout âge et de tout pays.

« *Priessnitz, malgré la fortune qu'il a amassée en très peu d'années, conserve ses habitudes de simplicité et de frugalité.*

« Les formes du traitement hydrothérapique varient singulièrement. L'eau pure en fait constamment la base, mais les applications en sont nuancées de façons très diverses.

VARIÉTÉS *(Suite)*

« *Les formes les plus ordinaires sont les demi-bains, les bains de siège, les bains de pieds dont il y a trois espèces, les bains de la partie postérieure ou latérale de la tête, les lavements, les douches dont la force et la disposition se modifient selon les exigences depuis la douche en poussière aqueuse jusqu'aux jets de la grosseur de deux ou trois doigts. Puis viennent les ceintures mouillées, le drap mouillé servant à envelopper le malade, les frictions avec un autre drap mouillé, etc.*

« La température de l'eau varie de 5 ou 6° R. jusqu'à 15 et quelquefois 20. Ce dernier chiffre est très rarement atteint. L'eau est aussi administrée à l'intérieur ; les malades en boivent de 12 à 20 verres par jour. A ces moyens il faut ajouter la sobriété, l'exercice en plein air et la provocation à la sueur dans un certain nombre de maladies.

« *Le repas est très frugal ; un plat de viande, des légumes, des fruits selon la saison, de l'eau en abondance, voilà tout le dîner. On varie les mets ; quant au nombre, il n'augmente que dans de rares occasions. Les aliments sont apprêtés avec une simplicité rustique qui serait intolérable dans les conditions ordinaires de la vie ; mais à Graeffenberg, la vigueur de l'appétit ne connaît pas d'obstacle, et ce qu'on y mange est effrayant.*

« Entre 3 et 4 heures, le malade se rend à la douche. C'est ici qu'il faut reconnaître que Priessnitz n'a rien fait pour séduire l'imagination. Les douches, au nombre de cinq, sont au milieu d'un bois de sapins plantés sur la montagne au-dessus et à un quart de lieue de Graeffenberg. Ce sont des baraques en planches, formant une espèce de chambre fermée, dans laquelle on se déshabille. Dans une pièce attenante, tombe un filet d'eau amené par un conduit en bois... L'une de ces baraques, celle qui est exclusivement destinée aux dames, est ouverte par le haut. C'est là, quelque temps qu'il fasse, été comme hiver, que les femmes les plus délicates s'exposent, le corps complètement nu, à l'action de la douche.

« Les moyens hydrothérapiques ne sont pas seulement applicables aux maladies chroniques ; ils triomphent encore des maladies aiguës les plus graves, particulièrement de la fièvre typhoïde et des dysenteries rebelles. La durée du traitement varie, nécessairement, selon l'ancienneté et la gravité de la maladie, selon la force du sujet, sa docilité et peut-être aussi selon la saison. Priessnitz pense, d'après son expérience, que l'hiver est le moment où s'opèrent les cures les plus remarquables.

« Il me serait difficile d'énumérer toutes les maladies contre lesquelles l'hydrothérapie peut être employée avantageusement et celles qui ne doivent pas être soumises à ce traitement. Je dirai cependant que le succès est presque certain dans la goutte, le rhumatisme, toutes les affections abdominales, les scrofules, les syphilis invétérées, surtout celles qui ont été traitées par le mercure avec excès ; qu'elle réussit moins sûrement lorsqu'elle doit combattre les affections cutanées, les maladies syphilitiques récentes, les paralysies et toutes les affections nerveuses qui tiennent à une lésion ancienne du cerveau ou de la moelle épinière ; mais si le trouble nerveux a pris naissance sous l'influence d'un dérangement des organes digestifs ou génitaux, l'hydrothérapie réussit complètement ; enfin elle échoue contre les maladies chroniques de la poitrine.

« Les succès obtenus par Priessnitz devaient nécessairement exciter la reconnaissance de ses clients : ils n'ont pas été ingrats, car, outre les honoraires qui se sont élevés à des sommes considérables, évaluées par des personnes bien informées à plus de deux millions, il a reçu des cadeaux magnifiques qui ornent son salon. Plusieurs malades ne se sont pas bornés à ces formes ordinaires de remerciements. Ils ont voulu que des témoignages publics fissent connaître à leurs successeurs les bienfaits qu'ils ont retirés de leur séjour à Graeffenberg, et dans ce but ils ont élevé des monuments qui attestent leur satisfaction et leur générosité.

Ici, à mi-côte, sur la partie de la montagne qui fait face à Freywaldeau est un lion en fonte, de grandeur naturelle, que supporte un immense piédestal également en fer et sur lequel sont gravées en lettres d'or des inscriptions en l'honneur de Priessnitz. Plus loin est la route carrossable, qui mène de Freywaldeau à Graeffenberg. Elle a été faite aux frais du prince de Nassau. Vers le milieu de cette route s'élève une fontaine monumentale, formée par une pyramide en granit, au sommet de laquelle est une étoile en or, symbole de l'avenir de l'hydrothérapie ; sur l'entablement, qui est en marbre, se trouve, en français, une inscription en lettres d'or. C'est M. de Flaremberg, boyard de la Valachie, qui a voulu laisser ce témoignage de sa reconnaissance. Plus haut, sur la montagne et dans le bois, sont d'autres preuves données par des malades heureux d'être débarrassés de leurs maux.

« A côté des succès éclatants, que la vérité nous a imposé le devoir de proclamer ; il faut aussi noter les insuccès et les revers... Priessnitz n'étant pas médecin ne peut pas toujours discerner avec exactitude, entre deux maladies ayant entre elles de l'analogie, quelle est celle qui peut guérir et celle qui résistera ou peut-être sera aggravée par le traitement... Mais l'expérience l'a rendu très circonspect, et lorsqu'une personne se pré-



MÉTHODE DE WHIPPLE
SYNDROMES ANÉMIQUES
HÉPATHÉMO
DESCHIENS
FOIE DE VEAU FRAIS
SIROP
LABORATOIRES DESCHIENS
9, RUE PAUL BAUDRY, PARIS VIIIE

VARIÉTÉS *(Suite)*

sente avec une maladie qui lui paraît en dehors des probabilités de guérison, il la repousse avec inflexibilité. Depuis 1829 jusqu'à présent, Priessnitz a perdu 12 malades ; mais ce qui me frappe, c'est que la mortalité soit si faible parmi les individus atteints presque tous d'affections chroniques graves. Depuis l'origine de l'établissement, 8 398 malades ont été traités à Graeffenberg ; en divisant ce nombre par 12, on trouve un mort sur 699. On est loin d'être aussi heureux dans les conditions les plus favorables de la vie.



« Après avoir recueilli tous les documents qui pouvaient m'éclairer, après avoir obtenu de Priessnitz tous les documents qu'il est en son pouvoir de donner, je quittai Graeffenberg pour me rendre à Breslau...

« Leipzik et Berlin ont aussi leur établissement hydrothérapique ; enfin il en existe trois sur les bords du Rhin, mais, entre tous, il faut signaler celui de Marienberg, à trois lieues de Coblentz. Cet établissement considérable appartient au docteur Schmitz qui le dirige avec une rare intelligence.

« L'hydrothérapie a franchi depuis longtemps les frontières de l'Allemagne et, à l'imitation de ce qui s'y passe, on a créé des établissements hydriatiques dans plusieurs pays étrangers. Il en existe maintenant deux à Saint-Pétersbourg et un autre près de Riga ; la Belgique en a quatre, et l'Angleterre en compte trois dont l'un, placé près de Londres, a été organisé sur une large échelle par de riches actionnaires. »

La vie aux Chalets Saint-Nérée en 1840.

La vie en 1840 aux Chalets Saint-Nérée y était assez curieuse pour que nous nous permettions d'en signaler quelques détails.

« De Mauléon aux Chalets, la route n'est accessible qu'aux chevaux et aux chars à bœufs. Le préfet des Hautes-Pyrénées, M. Bart, entièrement dévoué au bien du pays, a promis récemment que la route de la Barousse serait continuée jusqu'aux bains. Et, en effet, elle a été déjà tracée par son ordre, et, en ce moment, on étudie ce tracé pour en soumettre les plans et le devis au conseil génédal, dans la session de 1843.

« En attendant, et jusqu'à l'entier achèvement de la route, il y aura, pendant toute la saison des bains, un service quotidien de *cacolets*, semblables à ceux qui existaient avant l'établissement des voitures entre Bayonne et les bains de mer de Biarritz. Tout le monde monte en cacolet, sans difficulté comme sans danger. Ce service tiendra lieu d'un service de voitures. *Puissent les cacolets de la Barousse devenir aussi célèbres que ceux de Biarritz !*

« *Vivres.* — Chacun peut faire sa cuisine aux Chalets, bien qu'il y ait un traiteur avec qui l'on prendra toute sorte d'arrangements et qui reçoit les caravanes, les visiteurs. Mauléon, chef-lieu de canton, est le point le plus rapproché qui offre quelques ressources : mais le service des cacolets assure encore bien mieux et sans difficulté des approvisionnements complets et réguliers.

« De plus, la truite abonde dans la Haute-Barousse, et elle y est exquise ; elle se vend à Luchon à un taux toujours plus élevé que celle de Bagnères. Quelques amateurs déclarent que les truites de la Haute-Barousse sont les meilleures des Pyrénées Un réservoir naturel va être disposé aux Chalets pour y conserver les truites vivantes et y puiser au moment même.

« Ensuite on a facilement du gibier au Val des Chalets, qui est, en effet, l'endroit le plus giboyeux de la contrée, celui que les chasseurs choisissent pour leurs plus délicieuses parties. Le coq de bruyères, les palombes, la perdrix rouge, le gros lièvre de montagne y séjournent toute l'année. On y rencontre aussi de grands oiseaux de proie, et dans la forêt, plusieurs bêtes rares, le chat sauvage, la marte, le putois, le blaireau, le renard, l'écureuil, l'hermine, etc.

« Enfin, le traiteur établi à l'*Hôtel des Chalets* est un habile chef de cuisine, qui a fait ses preuves à Paris, à Bordeaux, à Toulouse ; il donnera aux gourmands toute satisfaction.

« *Bains.* — Il n'y a encore que cinq baignoires dans une sorte de chaumière divisée en cinq cabinets ; c'est tout ce qu'il faut pour une trentaine de personnes que l'on peut recevoir aux Chalets.

« Au reste, ainsi furent à leur origine Luchon, Barèges, Saint-Sauveur, Cauterets, les Eaux-Bonnes, etc. : quelques baignoires en bois sous un toit en paille, quelques granges habitées par les cultivateurs, livrées aux malades pendant la saison, tels étaient ces bains si précieux, mais qui furent bientôt ornés, enrichis, et qui passèrent promptement à l'état de villes et de lieux de plaisir, aussitôt que des médecins célèbres et des écrivains influents voulurent leur procurer de la vogue et de la célébrité. »



Que de choses nous avons encore à noter en cheminant « sur les vieux chemins des fontaines de Jouvence ».

Dr Molinéry.

Luchon, Juillet 1936.

VARIÉTÉS *(Suite)*

LES FONTAINES GUÉRISSEUSES

A trois kilomètres environ du bourg de Belin (Gironde), on trouve une vieille église qui était jadis l'église paroissiale du lieu.

Si, quittant l'église, on se dirige vers l'ouest, on rencontre, à 100 mètres environ, une fontaine sur laquelle on a édifié une arcade de pierre en plein cintre. Cette fontaine, alimentée par une source située sensiblement plus loin, est dédiée à saint Clair. Elle est réputée guérir les affections de la vue. C'est un lieu de pèlerinage très fréquenté où, le premier dimanche de juin, les fidèles viennent par milliers boire et se laver les yeux.

Deux autres fontaines sont également en vénération dans la paroisse de Belin.

L'une, appelée fontaine de Saint-Jean, est située au Passage, sur le bord de la route nationale qui va de Bordeaux à Bayonne, dans un terrain vague qui précède la distillerie de M. René Cazauvieilh. Elle est recouverte d'un bâtiment carré, en maçonnerie, surmonté d'un dôme et dont la face antérieure, ouverte, laisse apercevoir l'eau; le tout est massif et peu élevé. A l'intérieur se lit la date : 1735. On puise de l'eau à cette source pour guérir le mal qui vient sur la figure.

La fontaine de Sainte-Quitterie guérit les maux de tête. Enfermée dans une petite construction de pierre en plein cintre presque entièrement enfoncée sous le sol, elle est située dans la propriété de M. Daude, en face du cimetière, à quelques mètres sur la droite du ruisseau de Toutin.

A Béliet (Gironde), commune limitrophe de Belin, deux fontaines sont placées sous le patronage des saints.

C'est d'abord la fontaine de Sainte-Eutrope, où l'on vient puiser de l'eau pour guérir les enfants qui ont du mal sur la figure. Elle est située au moulin de Jeanmine, sur la rive gauche de la Gaure, qu'elle domine sensiblement. C'est un simple trou dans la terre.

Une autre fontaine est consacrée à saint Antoine. Elle guérit le mal qui vient à la figure et se trouve à Lauray, dans les prairies de la famille Roumégoux, sur la rive droite du ruisseau appelé jadis ruisseau d'Ayguebère. Comme la fontaine de Saint-Eutrope, ce n'est qu'un trou creusé dans le sol.

A Biganon (Landes), commune limitrophe elle aussi de Belin, existe sur la place de l'Eglise, dans un petit bâtiment en maçonnerie, une fontaine dédiée à sainte Rafine, où l'on puise de l'eau pour guérir le mal, quel qu'il soit, que l'on peut avoir sur la figure.

Il est à remarquer que, soit à Belin, soit à Biganon, soit à Béliet, aucune de ces fontaines ne tarit jamais, même en temps des plus grandes sécheresses.

Ces diverses sources ont donné lieu à une très curieuse superstition. Lorsqu'une personne est malade, et tout particulièrement si elle a du mal à la figure, on place sur une table trois chandelles dédiées chacune à l'un des trois saints qui ont le privilège de guérir ce mal : saint Jean de Belin, saint Antoine de Béliet et sainte Rafine de Biganon. Les trois chandelles doivent être de même grosseur, en un mot absolument identiques. On les allume dans la chambre du malade... et la chandelle qui s'éteint la première indique à quelle source on doit aller chercher l'eau qui servira à laver le mal et le guérira, s'il plaît à Dieu.

Les bains à Angers (1777). — En 1777, le sieur Pierre Putaud, « baigneur privilégié du Roi enregistré au Parlement et en la Sénéchaussée d'Angers », présenta une requête au Conseil de Ville. Il demandait aux officiers municipaux une somme de 20 000 livres pour un bain public à l'usage des pauvres.

Nous ne savons quel accueil fit à cette proposition la municipalité angevine. Ce qui nous intéresse davantage, c'est un « certificat » donné par la Faculté de médecine d'Angers en faveur du projet.

Voici cette curieuse pièce :

« La beauté des édifices où les Grecs et les Romains, et avant eux les Orientaux, prenaient les bains publics ou domestiques, la dépense consacrée à leur entretien prouvent, selon le témoignage des auteurs de ce temps, et principalement de Vitruve, qu'ils en prisaient infiniment l'usage.

« Si les peuples, comme par instinct, sentaient que c'était un des moyens les plus capables de fortifier la santé, d'entretenir la souplesse des différents organes du mouvement, si nécessaire dans les exercices du corps, malheureusement trop frivolement négligés, avec quel empressement les gens de l'art, plus éclairés aujourd'hui sur le physique des remèdes et connaissant par principes l'utilité des bains, doivent-ils en appuyer et en solliciter l'établissement.

« La Faculté de médecine ne peut donc qu'applaudir au zèle de M. Putaud et s'unir à lui pour engager les magistrats municipaux de protéger son entreprise. Les bornes étroites d'un certificat ne comportent pas une dissertation, dans laquelle il serait facile de développer tous les avantages des bains froids ou chauds relativement aux maladies qu'on se propose d'attaquer et de guérir.

« Il suffit de savoir que l'expérience, le flambeau de la médecine, a fait connaître que les bains de rivière pendant les chaleurs de l'été étaient un sûr préservatif contre les maladies si communes dans cette saison. D'ailleurs les succès multipliés des

VARIÉTÉS *(Suite)*

douches qu'on donne à *Barèges*, à *Bourbon*, au *Mont-d'Or*, à *Plombières*, à *Bourbonne*, attestent leur efficacité.

« Mais il est plusieurs espèces de bains qui semblent appartenir exclusivement aux riches ; tandis que les hommes d'une classe que le préjugé déclare inférieure, et surtout les hommes qu'il range dans la dernière, cette portion de l'humanité qui par ses succès assure la subsistance à tous doit être si chère au gouvernement, languit dans la privation des ressources nées sous ses yeux, par l'impuissance de se les procurer avec facilité, et cette opportunité du moment qui en rend l'effet plus salutaire.

« Les efforts de M. Putaud, qui vient à leur secours, méritent assurément d'être encouragés et efficacement soutenus, si, à l'exemple de M. Guérin, que le public de Paris place avec raison sur la liste des bienfaiteurs de l'humanité, si, dis-je, M. Putaud remplit les engagements qu'il offre de contracter et exécuter le projet qu'il a présenté à la Faculté (1). En confiance et foi duquel, elle m'a chargé de rendre son nom et de délivrer le présent certificat sous son sceau. »

Ce document, daté du 4 janvier 1777, est signé de M. Jallet, doyen de la Faculté de médecine.

F. Uzureau, directeur de *l'Anjou historique*.
(In *Archives médicales d'Angers*, juin 1912.)

(1) Le baigneur s'obligeait à donner, chaque jour, quatre bains pour les pauvres. Il y avait aussi des bains pour les riches.

Durand.

LA MÉDECINE AU PALAIS

LA RESPONSABILITÉ DES DENTISTES

LA QUESTION DES TIRE-NERFS *(Suite et fin)*

Discussion. — Attendu qu'il échet de préciser que la chirurgie dentaire est régie par les mêmes règles que la médecine et la chirurgie ; que, par suite, les principes de droit et la jurisprudence qui visent médecins et chirurgiens s'appliquent aux dentistes ;

Attendu qu'il serait inéquitable d'admettre que la responsabilité des médecins, chirurgiens et dentistes n'obéit pas aux règles générales en matière de responsabilité ;

Attendu que sauf de rares exceptions, d'ailleurs

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

discutées en doctrine, la responsabilité des médecins est une responsabilité contractuelle en raison de ce que le préjudice que le malade subit résulte de l'inexécution d'une obligation née du contrat de nature particulière intervenu entre lui et le praticien ; qu'il suffit donc, pour qu'il y ait responsabilité, que le professionnel ait mal rempli l'obligation mise à sa charge par le contrat passé avec son client : Mazeaud (*Resp. civ.*, éd. 1934, t. I, n°s 508-510, p. 481-483) ; Besançon, 20 mars 1933 (*Gaz. Pal.*, 1933.2.618 sous cote *a*) ; Cass. civ., 3 mars 1926 (*Gaz. Pal.*, 1926.1.591) ; S. 1926, 1, 116 ; D., 1927, 1, 93, Note Falcimaigne) ; *Annales de médecine légale* : La responsabilité du fait des choses dans son application à la médecine, par le professeur Hugueney, fascicule février 1928, p. 119 et suivantes ; la Responsabilité médicale, par Donnedieu de Vabres, fascicule, mai 1931, p. 412 et suivantes. Mais, en sens contraire : Pommerol, *La responsabilité médicale devant les Tribunaux*, p. 17 ;

Attendu que, ce principe posé, le tribunal estime en conséquence que l'article 1384, paragraphe 1er ne saurait être étendu du domaine des délits et quasi-délits à celui de la responsabilité contractuelle (Cf. Mazeaud, 2e éd., t. II, p. 232) ;

Attendu, il est vrai, qu'une partie de la jurisprudence a cru jusqu'à ces dernières années être en droit d'invoquer uniquement contre les médecins les articles 1382 et 1383 du Code civil, ce qui rendait difficile toute explication au sujet de la non-applicabilité de l'article 1384 en matière médicale ;

Attendu, en résumé, que chaque fois que la responsabilité d'un médecin est à discuter, il échet de décider, sauf exceptions peu nombreuses, s'il existe un contrat *sui generis*, parfois implicite, entre le médecin et son malade ; qu'il en découle, pour reprendre les termes de l'arrêt fondamental de la chambre des requêtes de la Cour de cassation du 21 juillet 1862, que le médecin est soumis professionnellement à la règle de la responsabilité à raison de la simple imprudence ou négligence, aucune exception légale n'existant à son profit (D., 62.1.419), qu'il s'ensuit que l'article 1384, paragraphe 1er du Code civil n'est jamais applicable contre les médecins ; qu'il suffit en conséquence qu'un malade, pour engager la responsabilité du médecin dont il prétend avoir à se plaindre, prouve, conformément aux dispositions de l'article 1315 du Code civil, que le médecin s'est engagé à le soigner, que d'autre part,

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

pour s'exonérer de cette responsabilité, il appartient au médecin, conformément aux dispositions de l'article 1147 du Code civil, de prouver l'exécution de cette obligation ;

Attendu, dans ces conditions, en ce qui touche l'exécution de ladite obligation, que, du moment que le juge aura pu constater avec certitude une faute commise par le médecin, quelle que soit la gravité légère ou lourde, il devra obliger l'auteur de cette faute à en réparer les conséquences ; que le juge, pour établir sa conviction, devra toujours se demander si un médecin prudent, en pareille situation, aurait agi ainsi que l'a fait l'auteur du dommage (Cf. Mazeaud, t. I, n° 511, p. 486) ;

Attendu, d'autre part, qu'il y aura lieu, selon les cas, de distinguer la responsabilité contractuelle du médecin du fait des choses ou de son fait personnel ;

En fait : Attendu que le dentiste M... ne conteste pas qu'il s'était engagé à donner des soins à la jeune Madeleine A...

Attendu que le tribunal estime que l'opérateur a commis une maladresse, donc une faute opératoire évitable avec un peu de prévoyance et de précautions, faute que n'aurait pas commise un dentiste prudent ; qu'en raison de ce que la manipulation du tire-nerf se faisait dans la bouche d'une enfant, l'opérateur aurait dû redoubler d'attention ; qu'au surplus, il existe chez nombre de dentistes des tire-nerfs munis d'une chaînette de sûreté et qu'il eût été sage en la circonstance d'adapter ce dispositif à l'instrument ; qu'en un mot, M... est responsable contractuellement du fait de la chose, du dommage subi par la jeune A...

En ce qui concerne la gravité du préjudice subi :

Attendu que le tribunal ne possède pas les éléments d'appréciation suffisants pour évaluer l'étendue du préjudice subi par Madeleine A..., du fait de l'accident du 5 avril 1934 ; qu'il y a lieu de recourir à l'expertise subsidiairement sollicitée par le demandeur ;

Par ces motifs :

Dit et juge que le défendeur M... est responsable contractuellement du fait de la chose, du dommage subi par la jeune Madeleine A... Avant faire droit au fond... (expertise). »

ADRIEN PEYTEL,
Avocat à la Cour d'appel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance du 11 juin 1936.

Javellisation de l'eau de boisson en campagne. — M. KERNY présente un nécessaire dont pourraient être dotés les corps de troupe, en temps de paix (manœuvres, T. O. E., etc.) on en temps de guerre, et qui permet, avec des moyens très simples et sans l'emploi de solutions titrées de déterminer le « test-gamme » de l'eau à traiter et d'épurer ensuite correctement celle-ci.

Myopathie progressive primitive du type pseudo-hypertrophique. — MM. POMMÉ, LASSALE et HENRI, présentent un malade de vingt-six ans atteint de cette affection. Ils soulignent le caractère tardif de l'apparition dont les premières manifestations ne semblent pas remonter à plus d'un an, et, surtout, les troubles cardiaques associés : dyspnée d'effort, aspect globuleux et augmentation importante de volume du cœur à l'orthodiagramme, anomalies notables des tracés électrocardiographiques : bas voltage des ondes R, S, déformation et élargissement des complexes ventriculaires, crochetage de l'onde R, étalement et affaissement de l'onde T. Ces troubles témoignent de la participation du myocarde au processus de dystrophie musculaire somatique de la myopathie.

Contribution à l'étude de l'amnésie post-typhique. — M. CHEVILLET fait ressortir dans une auto-observation très détaillée l'importance de l'amnésie post-typhique et ses conséquences spéciales parfois très préjudiciables au malade, dont les moyens de défense sont diminués. Il montre que les réactions de l'amnésique sont parfois mal observées, mal comprises ou mal interprétées.

Sur un cas de lymphogranulomatose pulmonaire probable, complication secondaire d'une maladie de Nicolas-Favre. — M. H. PHYLACTOS (d'Athènes) rapporte l'observation d'un sujet qui au décours d'une maladie de Nicolas-Favre présente un état septicémique suivi d'une localisation pulmonaire pour laquelle l'auteur, après avoir discuté et éliminé l'hypothèse d'un processus tuberculeux, admet la probabilité d'une localisation ganglio-pulmonaire du virus lymphogranulomateux.

A propos d'une arachnoïdite spinale diffuse. — M. CARROT. — Syndrôme radiculaire de la queue de cheval, à type de compression ; débute en juin 1935 par une sciatique rapidement bilatérale ; ultérieurement syndrome moteur déficitaire avec aréflexie et troubles sensitifs objectifs ; importante lymphocytose et hyperalbuminose passive du liquide céphalo-rachidien ; blocage sous-arachnoïdien partiel extériorisé par l'arrêt en gouttes du lipiodol à partir de L_1. Régression remarquable et rapide des signes fonctionnels à la suite d'un traitement anti-infectieux. Persistance de l'aréflexie et de l'arrêt du lipiodol.

A propos d'une observation de myotonie atrophique. — M. CARROT rapporte une observation typique de maladie de Steinert chez un homme de quarante-six ans : amyotrophie du type myopathique, avec prédominance sur les sterno-mastoïdiens et les muscles de la nuque, luxation paralytique du maxillaire, myotonie, cataracte bilatérale, atrophie testiculaire, chute des dents, selle turcique petite et fermée. Absence de cas familiaux. Apparition des premiers symptômes en 1915, quatre mois après une commotion cérébrale, par explosion d'obus. L'origine traumatique doit logiquement être invoquée.

La rœntgenthérapie dans les affections inflammatoires aiguës. — M. CULTY. — Appliquée à diverses affections aiguës inflammatoires (furoncles, panaris, furoncles du conduit auditif, otites, fluxions dentaires), la radiothérapie obtient au stade de début de l'inflammation une rétrocession de l'infection, à un stade plus avancé une accélération du processus normal de guérison ; elle évite l'ensemencement périphérique et supprime, après une accentuation temporaire, les phénomènes douloureux. Les doses thérapeutiques doivent être très faibles.

Métastase pulmonaire fébrile, expression clinique d'un cancer méconnu du pancréas. — MM. G. HUGONOT, L. FERRABOUC, P. GUICHÈN et J. PARNET, apportent l'observation clinique, anatomique et histologique d'un malade chez qui une tumeur primitive du pancréas évolua sous la forme d'une métastase pulmonaire, avec fièvre à grandes oscillations. La tête et le corps du pancréas étaient entièrement envahis ; l'ictère et les douleurs épigastriques ne se montrèrent que dans le dernier mois de l'évolution, qui dura près d'un an. Il y avait en outre des douleurs sciatiques, qui paraissaient ectopiques, et non dues à une métastase vertébrale.

Syndrome de myélite ascendante au cours d'une fièvre scarlatine. — MM. HAMON et BOLINGER présentent un sujet de vingt ans hospitalisé pour scarlatine. Phénomènes généraux très discrets. Eruption fugace. Au septième jour, arthralgies. Au douzième jour, après une courte phase prémonitoire de troubles de la miction, apparition d'une paraplégie flasque qui évoluera désormais un mode ascendant analogue à celui de la maladie de suivant Landry. Décès au vingt et unième jour. En dehors de quelques particularités d'ordre séméiologique, ce malade présenta un syndrome de blocage sous-arachnoïdien qui peut trouver son explication dans un zona survenu à dix-neuf ans. Ce zona peut d'autre part être considéré comme un facteur de neurotropisme pour le virus scarlatin, à côté de l'alcoolisme paternel et de certaines anomalies psychiques du côté maternel.

Ostéochondrite de la hanche chez un hérédo-syphilitique. — MM. BOLZINGER et HAMON montrent un sujet de vingt ans, présentant une gomme de l'amygdale et par ailleurs des cicatrices cutanées multiples, séquelles de gommes de l'enfance, ainsi qu'un épaississement de la diaphyse tibiale droite. On découvre une ostéochondrite de la hanche droite qui s'est manifestée pour la première fois à l'âge de dix ans. Les auteurs se demandent le rôle que peut jouer l'hérédo-spécificité dans le déterminisme de la maladie de Legg-Perthes-Calvé.

Apnée volontaire et protection individuelle contre les gaz toxiques. Etude d'un procédé susceptible d'augmenter la durée de l'apnée volontaire. — MM. GENAUD et R. SOHIER ont recherché le moyen d'assurer la protection des sujets se trouvant pris brusquement dans une vague de gaz toxiques. Considérant que le temps nécessaire pour mettre en place un masque protecteur est supérieur dans la pratique au temps pendant lequel un sujet peut suspendre sa respiration, il sont été conduits à étudier les procédés susceptibles d'augmenter la durée de l'apnée expiratoire, notamment un procédé direct dit de la note « filée » ayant pour but essentiel d'accoutumer le centre respiratoire à des concentrations progressives de gaz carbonique.

LUCIEN JAME.

NOUVELLES

La nouvelle loi allemande sur l'exercice de la médecine. — Après plusieurs années d'études, la législation allemande va fixer, à partir du 1er avril prochain, le nouveau statut des « médecins d'État » allemands.

Ne pourront exercer la médecine et porter le titre de « médecin d'État » que les praticiens autorisés par le ministre de l'Intérieur, sur la présentation de la Chambre des médecins. Les candidats qui ne possèdent pas leurs droits civils ou dont la moralité est douteuse, ceux qui présentent des tares physiques ou psychiques, ceux qui ne sont pas de purs Aryens ou dont l'épouse ne l'est pas (sauf pour ceux-ci une tolérance de 1 p. 100) ne seront pas autorisés ; le cumul de revenus entraînera aussi le refus de l'autorisation ; même refus quand les cadres seront complets.

Les honoraires maxima seront fixés par l'État ; ils ne pourront être dépassés qu'en cas d'accord écrit ou par autorisation de la Chambre des médecins d'État.

Toute personne qui, dépourvue d'autorisation officielle, se ferait passer pour médecin d'État, sera soumise à une peine d'emprisonnement pouvant atteindre une année ou à une amende.

Les Chambres de médecins comportent trois degrés : Chambres de district, Chambres régionales, Chambres d'État dont le directeur est nommé par le Fuhrer ; tous les médecins du Reich, y compris les savants et les professeurs des Universités, sont contrôlés par la Chambre des médecins ; des exceptions ne sont prévues que pour les médecins militaires en service actif.

Les fautes professionnelles sont examinées par la Chambre des médecins qui peut prononcer l'inaptitude à l'exercice de la profession ou infliger des amendes allant jusqu'à 10 000 marks. Appel peut être porté devant une Cour suprême des médecins, dont l'arrêt est définitif.

Cours de perfectionneemnt de technique chirurgicale concernant l'appareil moteur, par les professeurs Ombrédannes et P. Mathieu, avec la collaboration de MM. Sorrel, Leveuf, Desplas, Richard, Fevre, Merle d'Aubigné, chirurgiens des hôpitaux ; Lance, Huc, Padovani. assistants et chefs de clinique.

Ce cours aura lieu chaque jour du 12 *octobre au* 28 *octobre*, à 2 h. 30 au Petit Amphithéâtre et, à la suite de chaque leçon, une répétition des opérations envisagées aura lieu à École pratique *de* 4 *heures à* 5 *heures*, sous la direction de MM. les prosecteurs.

Programme des leçons. — *Lundi* 12 *octobre*. — Chirurgie de l'épaule (paralysie infantile et obstétricale, luxations anciennes, luxations récidivantes. Scapulalgie), par le professeur Ombrédanne.

Mardi 13 *octobre*. — Chirurgie des fractures et pseudarthroses du col du fémur, par le professeur P. Mathieu.

Mercredi 14 *octobre*. — Chirurgie des scolioses et du mal de Pott, par M. le Dr Sorrel.

Jeudi 15 *octobre*. — Chirurgie des luxations et subluxations congénitales et des dystrophies de la hanche, par M. le Dr Fèvre.

Vendredi 16 *octobre*. — Chirurgie des arthrites chroniques de la hanche (arthrites déformantes. Coxalgie, etc.) par M. le professeur P. Mathieu.

Samedi 17 *octobre*. — Chirurgie du coude, de l'avant-bras, du poignet, par M. le Dr Leveuf.

Lundi 19 *octobre*. — Chirurgie des fractures et pseudarthroses des os longs, par M. le Dr Padovani.

Mardi 20 *octobre*. — Chirurgie du spondylolisthésis et des artgrites sacro-iliaques, des sacralisations, etc., par M. le Dr Huc.

Mercredi 21 *octobre*. — Chirurgie des pieds bots congénitaux et paralytiques, par M. le professeur Ombrédanne.

Jeudi 22 *octobre*. — Chirurgie de l'articulation tibiotarsienne, par M. le Dr Merle d'Aubigné.

Vendredi 23 *octobre*. — Chirurgie des ankyloses articulaires, par M. le professeur Mathieu.

Samedi 24 *octobre*. — Chirurgie de la main, par M. le Dr Desplas.

Lundi 26 *octobre*. — Chirurgie orthopédique du cou et du thorax, par M. le Dr Fèvre.

Mardi 27 *octobre*. — Chirurgie des déformations du pied et des orteils, par M. le Dr Lance.

Mercredi 28 *octobre*. — Chirurgie des tuberculoses du tarse et du métatarse, par M. le Dr Richard.

Jeudi 29 *octobre*. — Chirurgie du genou (lésions traumatiques et arthrites chroniques), par M. le professeur Mathieu.

Ce cours sera public et gratuit. Des séances cliniques et opératoires dans les services des professeurs Ombrédanne et P. Mathieu seront organisées le matin pendant la durée du cours.

Programme des répétitions opératoires. — Par MM. les prosecteurs Longuet et Padoviani.

Lundi 12 *octobre*. — Butées ostéoplastiques de l'épaule, ostéotomies de dérotation. Arthrodèse de l'épaule. Résections.

Mardi 13 *octobre*. — Ostéosynthèses du col fémoral.

Mercredi 14 *octobre*. — Les ostéosynthèses rachidiennes. Laminectomies.

Jeudi 15 *octobre*. — Butées ostéoplastiques (en première position, en place), ostéotomies sous-trochantériennes.

Vendredi 16 *octobre*. — Arthrodèses de la hanche. Résections arthroplastiques de la hanche.

Samedi 17 *octobre*. — Résections du coude, résections diaphysaires des deux os de l'avant-bras, résection du poignet.

Lundi 19 *octobre*. — Ostéosynthèses à matériel perdu et par fixateurs externes, extension par broches. Transplants osseux libres, pédiculés, etc.

Mardi 20 *octobre*. — Ostéosynthèses lombo-sacrées, ilio-sacrées, ilio-lombaires.

Mercredi 21 *octobre*. — Opérations pour paralysies spasmodiques. Ténoplasties, transplantations. Arthrorises. Arthrodèses pour paralysies du pied.

Jeudi 22 *octobre*. — Opérations pour fractures récentes et fractures vicieusement consolidées du cou-de-pied. Astragalectomie.

Vendredi 23 *octobre*. — Ostéotomies. Arthroplasties.

Samedi 24 *octobre*. — Réparations des tendons. Opérations pour les rétractions de l'aponévrose palmaire.

Lundi 26 *octobre*. — Ostéoplastie sterno-costale. Traitement de la surélévation congénitale de l'omoplate. Résections des côtes cervicales.

Mardi 27 *octobre*. — Tarsectomies pour pieds bots divers. Opérations pour hallux valgus, déformations des orteils.

NOUVELLES *(Suite)*

Mercredi 28 *octobre.* — Opérations pour les tuberculoses du tarse et du métatarse.

Jeudi 29 *octobre.* — Arthrotomies du genou. Réfection des ligaments. Résection du genou. Arthrodèse du genou.

Seront seuls admis à ces démonstrations opératoires les élèves qui se seront inscrits à cet effet au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, et auront versé les droits spéciaux afférents à ces séances.

Ce droit spécial est fixé à 250 francs.

Cours de l'Ecole centrale de Puériculture. — Ces cours commenceront le jeudi 19 novembre 1936 à 16 heures, 5, rue Las-Cases, Musée social.

Cours de pratique chirurgicale oto-rhino-laryngologique du professeur Georges PORTMANN, hôpital de la Glacière, 35, rue de la Glacière, Paris.

Du jeudi 22 occtobre au merrcredi 28 octobre 1936, avec la collaboration du Dr J. Auzimour, du professeur agrégé Despons et du Dr Paul Leduc.

PROGRAMME. — *Jeudi* 22 *octobre.* —9 h. 30 : Les vertiges. Leur traitement chirurgical.

15 heures : Les otites aiguës.

16 heures : Sinusites fronto-maxillaires. Traitement chirurgical.

Vendredi 23 *octobre.* — 9 h. 30 : Mastoïdite. Anatomie, pathologie.

15 heures : La mastoïdectomie.

Samedi 24 *octobre.* — 9 h. 30 : Ethmoïde. Anatomie, pathologie, chirurgie.

15 heures : Insuffisance respiratoire nasale et traitement chirurgical.

Lundi 26 *octobre.* — 9 h. 30 : Tumeurs malignes du massif facial.

15 heures : Amygdales. Anatomie, pathologie, chirurgie.

Mardi 27 *octobre.* — 9 h. 30 : Les otites chroniques.

15 heures : Traitement chirurgical des otites chroniques.

Mercredi 28 *octobre.* — 9 h. 30 : Tumeurs malignes du larynx.

15 heures : Chirurgie du larynx.

Ce cours essentiellement pratique comprend des séances opératoires de démonstration. Chaque assistant sera individuellement initié aux détails de la technique chirurgicale et de l'anesthésie.

Ces séances opératoires seront précédées d'un exposé théorique, après examen de malades, accompagné de projections et de films cinématographiques.

Droit d'inscription : 250 francs.

Les inscriptions seront reçues chez le professeur G. Portmann, 25 *bis*, cours de Verdun, à Bordeaux.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — COURS PRATIQUE ET COMPLET DE DERMATOLOGIE. — *Du* 5 *octobre au* 31 *octobre* 1936, sous la direction de M. le professeur GOUGEROT, avec la collaboration de : MM. Joyeux, professeur de parasitologie à la Faculté de Marseille ; Milian, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Sézary, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Touraine, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Weissenbach, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Flandin, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Guy Laroche, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon ; Sabouraud, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis ; Vallery-Radot-Pasteur, agrégé, médecin de l'hôpital Bichat ; Gastinel, agrégé ; P. Chevalier, agrégé, médecin de l'hôpital Cochin ; Coste, agrégé, médecin des hôpitaux ; Degos, médecin des hôpitaux ; Périn, ancien chef de clinique ; Carteaud, ancien chef de clinique ; Lortat-Jacob, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis ; Mlle Eliascheff, chef de laboratoire à la Faculté ; MM. Civatte, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis ; Ferrand, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis ; Fernet, médecin de Saint-Lazare.

Le cours aura lieu du lundi 5 octobre au samedi 31 octobre, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à 1 h. 30 et 3 heures, à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au Musée.

Les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire (examens bactériologiques, culture des mycoses et des teignes, etc.).

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 heures à 11 h. 30. Le Musée des moulages, les musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 heures à 12 heures et de 2 heures à 5 heures. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat pourra être délivré à la fin du cours aux auditeurs assidus.

PROGRAMME DES COURS (71 leçons). — M. Gougerot : Examen des malades et classification dermatologique.

M. Civatte : Histologie normale et pathologique de la peau.

Mlle Eliascheff : Histologie pathologique de la peau.

M. Degos : Dermatoses artificielles de cause externe et de cause interne.

M. Milian : Gale.

M. Joyeux : Phtiriase et affections parasitaires.

M. Sabouraud : Cocci de la peau. Impétigo. Ecthyma. Pyodermites. Furoncle. Anthrax. Botryomycose.

M. Gougerot : Tuberculose cutanée, Tuberculides. Érythème induré de Bazin. Sarcoïdes.

M. Touraine : Lupus tuberculeux.

M. Fernet : Lupus érythémateux. Lupus pernio. Engelures.

M. Gougerot : Mycoses. Sporotrichoses. Épidermomycoses.

M. Sabouraud : Teignes. Favus. Trichophyties. Érythrasma. Microsporie.

M. L. Périn : Morve. Charbon. Fièvre aphteuse.

M. Touraine : Les érythèmes.

M. Sézary : Mélanodermies. Dyschromies. Vitiligo.

M. Vallery-Radot-Pasteur : Urticaire. Urticaire pigmentaire.

M. Chevallier : Eczéma. Purpura.

M. Gougerot : Lèpre.

M. Touraine : Les polydysplasies congénitales et les neuroectodermoses.

M. Lortat-Jacob : Lichen plan.

M. Flandin : Prurit. Prurigos.

M. Gougerot : Dermatoses atypiques. Infections froides dues aux pyocoques.

M. Guy Laroche : Xanthelasma. Xanthome. Pellagre.

M. Gastinel : Herpès. Zona.

NOUVELLES *(Suite)*

M. Carteaud : Psoriasis. Pityriasis rosé. Pityriasis rubra pilaire.

M. Civatte : Dermatoses psoriasiformes et parapsoriasis.

M. Gougerot : Complications des plaies. Accidents du travail.

M. Weissenbach : Calcinose de la peau. Acrodermatites.

M. Sabouraud : Séborrhée. Alopécies. Pelade.

M. Sabouraud : Pityriasis simplex et stéatoïde. Eczématides.

M. Gougerot : Radiolucites et xeroderma pigmentosum.

M. Carteaud : Maladie de Dühring-Brocq. Pemphigus.

M. Chevallier : Ichtyoses. Kératoses palmo-plantaires. Kératose pilaire.

M. Carteaud : Érythrodermies. Ulcères de jambes. Mal perforant.

M. Coste : Sclérodermie. Maladie de Raynaud.

M. Milian : Tumeurs de la peau. Nævi. Chéloïdes.

M. Touraine : Mycosis fongoïde. Leucémides.

M. Ferrand : Histologie des tumeurs de la peau.

M. Gougerot : Dermo-épidermites strepto-staphylococciques.

M. Fernet : Atrophies cutanées.

Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire.

Ce cours est suivi d'un cours de syphiligraphie et de vénéréologie qui aura lieu du 2 au 28 novembre 1936 et d'un cours de thérapeutique dermato-vénéréologique qui aura lieu du 20 novembre au 22 décembre 1936.

Le droit à verser est de 500 francs.

Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance de versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrées au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au Dr Carteaud (hôpital Saint-Louis, pavillon de la Faculté).

Renseignements généraux pour MM. les médecins étrangers à l'Association A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi).

Histologie. — 1° *Travaux pratiques supplémentaires.*

Une série de travaux pratiques supplémentaires aura lieu au laboratoire des Travaux pratiques, du 5 au 17 octobre 1936. Les séances auront lieu tous les jours, de 13 h. 30 à 15 h. 30.

Le programme comportera une revision complète du programme de l'ancien et du nouveau régime : cytologie, tissus, organes.

Ces travaux sont destinés notamment aux étudiants dont les travaux pratiques n'ont pu être validés par suite d'absences ou d'application insuffisante.

2° *Conférences complémentaires d'histologie et d'embryologie.*

En vue de la préparation à l'examen de la session d'octobre, des conférences théoriques de revision du programme auront lieu chaque jour, du 2 au 22 octobre, à 17 heures, salle Laguesse (escalier G, 2e étage).

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Le droit d'inscription est de 150 francs pour les travaux pratiques, 50 francs pour les conférences complémentaires.

Histologie. — *Enseignement spécial de la technique histologique élémentaire*, sous la direction de M. CHAMPY, professeur.

Cours pratiques, destinés aux médecins et étudiants désireux de se familiariser avec la technique histologique.

Les séances auront lieu tous les jours, de 14 à 17 heures, au laboratoire d'histologie (salle Ranvier) de la Faculté de médecine, à partir du jeudi 1er octobre jusqu'au 21 octobre 1936.

S'inscrire les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, au Secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4).

Le nombre des élèves est limité à 20.

Droit d'inscription : 250 francs.

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Dr Maurice ROBINEAU, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie d'urgence), en onze leçons, par MM. les Drs Pierre Aboulker et J.-C. Rudler, prosecteurs, commencera le lundi 21 septembre 1936, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 francs.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Un deuxième et même cours, en onze leçons, commencera le 21 septembre 1936.

Cours de radiologie clinique. — M. R. LEDOUX-LEBARD, chargé de cours, commencera le vendredi 16 octobre 1936, à 18 heures, à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine, et continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, une série de leçons consacrées à l'exposé des notions indispensables de radiodiagnostic clinique médico-chirurgical et d'interprétation radiologique.

PROGRAMME DES LEÇONS. — *Vendredi* 16 *octobre* 1936. — Les images radiologiques et leur production. Notions générales d'interprétation. Corps étrangers.

Lundi 19 *octobre.* — Appareil locomoteur : os et articulations.

Mercredi 21 *octobre.* — Appareil locomoteur (*suite*).

Vendredi 23 *octobre.* — Appareil digestif. Œsophage. Estomac.

Lundi 26 *octobre.* — Appareil digestif. Duodénum. Intestin grêle. Côlon.

Mercredi 28 *octobre.* — Appareil digestif. Côlon (*suite*). Foie et voies biliaires.

Vendredi 30 *octobre.* — Thorax. Appareil circulatoire (cœur, vaisseaux). Appareil respiratoire.

Mercredi 4 *novembre.* — Thorax. Appareil respiratoire (*suite*).

Vendredi 6 *novembre.* — Appareil urinaire.

Lundi 9 *novembre.* — Appareil urinaire (*suite*). Appareil génital.

Ces leçons seront accompagnées de projections et, à la suite de chacune d'elles, les élèves seront exercés à la lecture et à l'interprétation des clichés.

Cet enseignement est destiné aux étudiants, aux externes et aux internes des hôpitaux, ainsi qu'aux doc-

NOUVELLES *(Suite)*

teurs en médecine désireux d'acquérir des notions pratiques d'interprétation des images radiologiques et de posséder les éléments indispensables du radiodiagnostic clinique basé sur l'emploi des techniques les plus récentes,

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

19 SEPTEMBRE. — *Bruxelles.* Congrès de la Ligue belge contre le cancer.

19 SEPTEMBRE. — *Paris.* Clôture du registre d'inscription au concours pour la nomination à deux emplois de médecin chef de service des asiles publics d'aliénés de la Seine.

20 SEPTEMBRE. — *Bologne, Rome.* IIIe Congrès de la Société internationale de chirurgie orthopédique.

21 SEPTEMBRE. — *Athènes.* Clôture du VIIIe Cours international de haute culture médicale et visite archéologique de la Grèce.

21 SEPTEMBRE. — *Valence.* Ouverture du registre d'inscription des candidats au concours de chirurgien des hôpitaux de Valence.

24 SEPTEMBRE. — *Paris.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de l'internat et des prix de l'externat, 3, avenue Victoria.

25 SEPTEMBRE. — *Rennes.* Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur suppléant de chimie à l'École de médecine de Rennes.

25 SEPTEMBRE. — *Besançon.* Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur suppléant de clinique et de pathologie médicales à l'École de médecine de Besançon.

25 SEPTEMBRE. — *Tours.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physique à l'École de médecine de Tours.

25 SEPTEMBRE. — *Tours.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de pharmacie et de matière médicale à l'École de médecine de Tours

25 SEPTEMBRE. — *Belgrade.* Congrès international d'hydrologie et de climatologie.

26 SEPTEMBRE. — *Alger.* Gouvernement général. Dernier délai d'inscription pour le concours de chirurgien adjoint de l'hôpital de Mostaganem.

27 SEPTEMBRE. — *Brest.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de l'internat des hôpitaux de Brest

28 SEPTEMBRE. — *Marseille.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de l'internat en médecine et en chirurgie.

28 SEPTEMBRE. — *Paris.* Hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce. Concours de médecin, de chirurgien et de pharmacien chimiste des hôpitaux du Service de santé colonial.

29 SEPTEMBRE-3 OCTOBRE. — *Venise.* Congrès de la Presse médicale latine.

29 SEPTEMBRE. — *New-York.* Congrès international de pyrétothérapie.

1er OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Début des consignations pour les différents examens probatoires du doctorat.

1er OCTOBRE. — *Vesoul.* Concours pour la nomination d'un médecin-chef spécialisé des dispensaires d'hygiène sociale de la Haute-Saône.

1er et 2 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Consignation pour les examens (session octobre-novembre).

3 OCTOBRE. — *Bruxelles.* Ier Congrès européen de chirurgie structive.

3 OCTOBRE. — *Reims.* Dernier délai d'inscription des candidats au concours de l'internat des hôpitaux de Reims.

5 OCTOBRE. — *Londres.* IVe Réunion européenne d'hygiène mentale.

5 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès français de chirurgie.

5. OCTOBRE. — *Paris.* Congrès français d'urologie.

5. OCTOBRE. — *Paris.* Congrès français de stomatologie.

5. OCTOBRE. — *Poitiers.* École de médecine. Ouverture du concours de chef de physiologie.

5 OCTOBRE. — *Marseille.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de l'externat en médecine et en chirurgie.

5 OCTOBRE. — *Valence.* Clôture du registre d'inscription des candidats au concours de chirurgiens des hôpitaux de Valence.

6 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès français d'orthopédie.

6 OCTOBRE. — *Reims.* Clôture du registre d'inscription des candidats au concours de l'externat des hôpitaux de Reims.

8-10 OCTOBRE. — *Paris.* IIIe Congrès des médecins électro-radiologistes de langue française.

10-14 OCTOBRE. — *Genève.* VIe session de l'Office international de documentation de médecine militaire.

12 OCTOBRE. — *Grenoble.* École de médecine. Concours pour la nomination de chirurgiens des hôpitaux de Valence.

12 OCTOBRE. — *Paris.* Première épreuve écrite du concours de l'internat et pour les prix de l'externat.

12 OCTOBRE. — *Paris.* Ouverture du concours pour la nomination à deux emplois de médecin chef de service des asiles publics d'aliénés de la Seine.

NOUVELLES *(Suite)*

12 Octobre. — *Paris.* Faculté de pharmacie. Concours de professeur suppléant de physique à l'École de médecine de Rennes.

12 Octobre. — *Marseille.* Concours de l'internat des hôpitaux de Marseille.

12 Octobre. — *Paris.* Congrès français de médecine.

12 Octobre. — *Tours.* Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Tours.

12 Octobre. — *Brest.* Concours de l'internat des hôpitaux de Brest.

13 Octobre. — *Reims.* Concours de l'internat des hôpitaux de Reims.

CHRONIQUE DES LIVRES

La méthode psychanalytique et la doctrine freudienne, par E. Dalbiez. Préface de M. le professeur Claude, 1936. 2 vol. in-8 de 649 et 524 pages (*Desclée, de Browwer et Cie, à Paris*).

Depuis l'ouvrage déjà ancien de Régis et Hesnard, la littérature scientifique française ne possédait aucun exposé d'ensemble ni aucune étude critique de la doctrine de Freud. A part les articles techniques des psychanalystes orthodoxes assez peu accessibles même au public médical, on ne trouvait que quelques thèses ou brochures souvent spirituelles et amusantes qui discutaient la doctrine de Freud d'une façon bien superficielle et quelque peu irrévérencieuse. Cependant, le Freudisme, qui est une véritable révélation pour la science psychologique de notre époque, méritait bien une étude consciencieuse, sérieuse et objective. L'œuvre de R. Dalbiez répond parfaitement à ce besoin. Les deux volumes de 1 200 pages au total représentent une énorme somme de lectures et de travail et associent à un exposé d'une impartialité et d'une exactitude absolues une critique profondément originale.

Le premier volume est consacré à l'exposé ou plutôt à la « mise en valeur » de la psychanalyse. Ce terme de « mise en valeur » employé par l'auteur veut dire qu'il ne s'est pas contenté de résumer l'évolution historique des travaux de Freud et de ses disciples ; sans cesser jamais de reproduire avec exactitude la pensée de Freud, il s'est attaché à classer clairement les faits, à mobiliser et à bien disposer les arguments pour permettre au lecteur impartial de se rendre compte de l'intérêt et de l'importance de la psychanalyse, alors que peut-être la lecture des ouvrages originaux lui aurait laissé une impression de défaut de rigueur dans la progression de la pensée et surtout dans la valeur des preuves. Un point capital ressort de l'exposé de R. Dalbiez ; dans l'œuvre de Freud, il faut distinguer deux choses : 1° une *méthode* d'exploration du psychisme inconscient par l'analyse des rêves; l'association libre des idées, l'étude de certains actes 2° une *doctrine psychogénétique* qui cherche à nous apporter des clartés sur le développement de l'esprit humain l'origine de l'art et de la religion en s'appuyant sur des constatations ethnographiques, linguistiques, sociologiques, etc. Inutile d'insister sur le rôle énorme et quasi exclusif que joue la sexualité dans cette synthèse. Il ne faudrait pas que l'incertitude et l'imperfection de la doctrine freudienne aient pour résultat de faire négliger la valeur de la méthode d'exploration de l'inconscient qui reste considérable si elle est appliquée avec la rigueur nécessaire. Voici comment R. Dalbiez expose méthode et doctrine. D'abord la psycho-pathologie quotidienne nous montre le mécanisme du refoulement (actes symptomatiques perturbés, inhibés). Le long chapitre II, comprenant plus de 150 pages, explique avec précision et détails l'analyse des rêves. Vient ensuite la théorie de la sexualité. Enfin, les applications à la pathologie mentale : théorie des névroses, étude des diverses névroses, les psychoses et la psychanalyse. Ce chapitre des psychoses nécessite quelques remarques. Avec une conscience peut-être excessive, R. Dalbiez fait l'historique de la nosographie de la schizophrénie en passant par Kraepelin, Bleuler, Minkowski, de Clérambault, etc.; de même pour la paranoïa, comme si ces questions de nosographie avaient pour les psychiatres une importance capitale et presque exclusive. Il semble croire que quant à la psychanalyse il y a deux écoles : celle de Zurich, qui tient grand compte des travaux de Freud, et celle de de Clérambault qui les repousse radicalement. Cela le conduit à un exposé et à une longue critique des théories de de Clérambault. On sait que la réfutation de l'automatisme mental est le morceau de bravoure des psychologues. Or, pour Bleuler comme pour de Clérambault, la schizophrénie est une maladie du cerveau comportant des symptômes qui résultent directement de la lésion cérébrale et des symptômes dérivés dans la genèse desquels intervient pour une grande part le psychisme antérieur du sujet. Seulement Bleuler insiste beaucoup sur les symptômes dérivés en utilisant les données de la psychanalyse ; de Clérambault, au contraire, étudie surtout ce

CHRONIQUE DES LIVRES *(Suite)*

qu'il eonsidère comme des symptômes direets. Il est exact qu'il a un peu exagéré à propos des hallucinations auditives verbales, mais il admettait parfaitement la psychogenèse des thèmes délirants qu'il eonsidérait eomme des superstructures. A peu près tous les psychiatres eontemporains reconnaissent que les thèmes délirants sont eomme les rêves des symboles ou des dramatisations de tendanees inconseientes ; le eontenu, l'aspeet du délire est essentiellement individuel. Cela ne préjuge pas de la eause profonde et véritable de la maladie. Cette déclaration prouve que, eouformément aux direetives de Dalbiez, nous tenons grand eompte de la méthode psychanalytique ; quant à la doctrine freudienne sur les délires persécutifs en général, elle a été exposée parSchiff au Congrès français de psychiatrie de 1935. Bieu entendu, pour lui tous les perséeutés sont des homosexuels. Le premier volume est terminé par quelques schémas qui font bieu comprendre la strueture de l'esprit telle que les psyehanalystes la conçoivent ; en particulier la position du surmoi eomporte quelques eonsidérations intéressantes.

Dans le seeond volume, nous trouvons la discussion de la méthode et de la doctrine de Freud. Le premier ehapitre est eonsaeré à établir la réalité du psychisme ineonseient. N'oublions pas que Dalbiez est un philosophe et que ee problème n'est pas aussi évident pour un philosophe que pour un psychiatre. Dans le chapitre II est développée la thèse du dynamisme psychique en même temps qu'un parallèle et même une homologie entre les théories de Pavlov et eelles de Freud. Ce rapprochement nous semble beaucoup trop poussé et artifieiel ; l'auteur russe est un physiologiste pur et ne pense qu'au dynamisme des neurones ; l'auteur viennois au dynamisme des fonctions psychiques; la superposition des deux théories les déforme. Le ehapitre III, qui eritique les méthodes d'exploration de l'ineonscient, est à notre avis le plus important et le plus remarquable de l'ouvrage. Les conelusions que les psychanalystes tirent de l'étude des rêves et des associations donnent d'abord l'impression d'incertitude, de conviction subjective sans grande valeur; cependant l'ensemble de leur œuvre montre que leur méthode permet de découvrir des richesses souterraines insoupçonnées avant Freud. Dalbiez essaie de trouver les eritères de l'interprétation eorrecte, objective peut-on dire, des rêves et des associations d'idées. Il met en relief les eritères de eonstanee (les mêmes images expriment les mêmes tendanees), d'évoeation (deux idées sueeessives ont un rapport entre elles), de fréquenee, de eonvergence, de vérifieation. Les exemples de vérification sont intéressants et caractéristiques : un sujet évoque une scène de son enfanee oubliée jusqu'alors ; par l'interrogatoire de sa famille, la lecture des livres qu'il avait à ee moment, la constatation de cieatrices eorrespondant à eette seène, etc., on peut se rendre eompte qu'il s'agit bien du réveil d'un souvenir et non d'une idée déformée ou suggérée. Signalons également de eurieuses vérifieations expérimentales des prineipes psychanalytiques : des auteurs qui ne reeulent devant rien évoquent erûment devant eertains patients des seènes sexuelles scabreuses, ils les retrouvent ensuite dans les rêves de ces mêmes patients déformées et symbolisées suivant les lois de la psychanalyse ; les mêmes sujets exposés à des malades atteints de syndrome de Korsakoff sont également travestis suivant les mêmes lois. Non moins importante et pénétrante est la eritique de la sexologie freudienne dans le chapitre IV. Certaines expressions mal choisies par Freud donnent l'impression que, au point de vue sexuel, l'enfanee est un abîme de toutes les perversions, alors qu'en réalité il y a simplement à ee stade indifféreneiation de la libido ; dans les eas pathologiques seulement, les perversions apparaissent ehez l'adulte non par simple persistanee d'états infantiles, mais par dissolution pathologique des fonctions. Nous devons également signaler d'utiles réflexions sur la thérapeutique des troubles psyehiques ; dans les névroses en partieulier, un traitement d'inspiration psyehanalytique peut seul faire disparaître eertains troubles déterminés (phobies, obsessions) alors que la thérapeutique générale de la maladie reste impuissante.

Ce eompte rendu est le point de vue du psychiatre moyen, qui n'est ni psychanalyste, ni philosophe. En face d'un dialectieien aussi impitoyable que Dalbiez, nous n'osons pas parler de la tendance philosophique de l'ouvrage ; elle intervient eonstamment. Dalbiez s'étonne un peu de eonstater que Freud ne s'est pas demandé s'il était lui-même réaliste ou idéaliste ; si ce dernier avait essayé de résoudre ce mystère au début de ses travaux, la psyehanalyse n'existerait pas eneore. Ailleurs, Dalbiez nous démontre en deux lignes que la pensée ne peut pas être le résultat de l'aetivité eérébrale, le prineipe de raison suffisante interdisant eette théorie ; nous nous moquons bieu du prineipe de raison suffisante ! Toute seienee eomporte des postulats ; la géométrie eontinue au delà du postulatum d'Euclide, les physicieus et les ehimistes ne démontrent pas préalablement l'existence du monde extérieur. Avant Freud, les philosophes pouvaient disserter à l'infini sur la possibilité de l'ineonseient psyehique ; en nous enseignant à l'explorer, Freud a résolu la question autrement que par des syllogismes et des défiuitions verbales, il a montré que l'inconseient était un problème non métaphysique mais seientifique. Nous ne soutenons pas qu'il en est de même de tous les problèmes, mais nous voulons nous défendre contre l'ingérenee de la philosophie dans la psychiatrie. Cela fait, nous pouvons félieiter R. Dalbiez de l'importanee eapitale de son œuvre.

P. GUIRAUD.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES MÉDECINS D'APRÈS LES JURISTES LATINS

Par E.-H. PERREAU
Professeur de Législation industrielle à la Faculté de droit de Toulouse.

En rapprochant des écrits ou fragments d'écrits des juristes latins parvenus jusqu'à nous de quelques textes littéraires ou monuments épigraphiques, on peut assez bien reconstituer, dans ses grandes lignes, la situation légale et sociale des médecins à Rome depuis la fin de la République.

Longtemps toutes les professions libérales, — les médecins, les avocats, les professeurs de belles lettres, — s'y recrutèrent dans la plèbe (JUVÉNAL, *Satire* VIII, 47 et s. ; *Phèdre*, I, 14). Alors que la médecine était très développée déjà en Grèce, elle n'était encore exercée à Rome que par des éléments des classes inférieures, spécialement des Grecs et des affranchis.

Ce qui paraît l'avoir empêchée longtemps de s'élever dans l'échelle sociale, c'est son mélange avec la pharmacie et la magie. La séparation d'avec la pharmacie était faite au Ier siècle de notre ère. Parmi les médicaments usuels, Pline l'Ancien († 79) énumère un grand nombre de préparations à base de produits indiens, arabiques ou syriens, qui, probablement, étaient envoyées d'Orient toutes faites. De plus, dans la maison des Vettii, à Pompéi, une peinture murale — *Les Amours pharmaciens* — représente un véritable laboratoire d'apothicaire.

D'autre part, un siècle plus tard, le vulgaire lui-même distingue nettement les véritables médecins des magiciens et sorciers qu'il traite d'*imposteurs* : « *ut vulgari verbo impostorum utar* » (*Dig.*, livre L, titre 13, *De extraord. cognit.*, loi 1, § 3).

Aussi à cette époque place-t-on la médecine parmi les professions libérales. Ulpien, le futur préfet du prétoire, pourtant originaire d'un riche port commerçant d'Asie, de Tyr, et qu'on pourrait croire plein des préjugés de la ploutocratie, place les médecins sur même pied que les maîtres des arts libéraux, rhéteurs, grammairiens, géomètres, philosophes, disant : « Rien n'est plus juste, les uns s'occupant de la santé des hommes, les autres de leurs études » (*Ibid.*, loi 1, § 1er).

Des médecins, il rapproche les sages-femmes « qui paraissent de même exercer la médecine » (loi 1, § 2).

Il y avait déjà des spécialistes, notamment des oreilles, des fistules, des dents (loi 1, § 3).

Aussi les empereurs exemptent-ils les médecins de toutes fonctions et charges civiles ou publiques, ainsi que leurs femmes et leurs enfants, même des charges municipales, y compris celles de la curie, et menaçent de peines ceux qui leur font injure, ordonnant aux magistrats de veiller au paiement de leurs salaires afin qu'ils puissent librement s'adonner à leur art (Code Justinien, livre X, titre 52, lois 6 et 11).

Ce changement dans la condition sociale des médecins paraît bien remonter au moins au Ier siècle de notre ère, comme le suppose un texte de Sénèque († 65) cité plus loin. L'anecdote du cordonnier médecin contée par Phèdre serait antérieure à son temps, car elle est rapportée par d'autres auteurs comme une vieille histoire burlesque.

§ 1er. — Exercice de la médecine.

Aucun diplôme spécial ne fut jamais exigé à Rome pour exercer la médecine, d'où le nombre de charlatans qui pratiquaient encore aux IIe et IIIe siècles (*Digeste*, livre L, titre 13, *De extr. cognit.*, loi 1, § 3).

Les services des médecins, pas plus que ceux de toutes autres personnes exerçant les arts libéraux, n'y pouvaient être l'objet d'un contrat, lorsqu'ils concernaient un homme libre. En revanche, ils formaient valablement l'objet d'un louage d'ouvrage quand ils concernaient un esclave, s'exerçant alors pour la conservation d'un bien proprement dit (*Dig.*, livre IX, titre 2, *ad Legem Aquiliam*, loi 7, § 8). Au moins dans ce dernier cas, il ne pouvait abandonner la cure une fois commencée (*ibid.*, loi 8, princ. ; *Institutes de Justinien*, livre IV, titre 3 ; *de Lege Aquilia*, § 6).

Dans tous les cas, il avait droit à une rémunération : *merces* ou *salarium*. Celle-ci n'est pas, observe Sénèque, une rétribution de son mérite, mais un dédommagement du temps qu'on lui a pris : « *Mercedes non meriti sed occupationis suæ ferunt* » (*De Ben.*, VI, 15). En cas de soins à l'esclave, sans doute se réclamait-elle devant les juges ordinaires, puisqu'il y avait un contrat proprement dit. Dans les autres cas, le médecin pouvait en saisir un magistrat d'ordre supérieur, — le préteur à Rome, le gouverneur dans les provinces, — qui statuait lui-même sans renvoi devant un juge inférieur (*Dig.*, livre L, titre 13, loi 1, princ.).

Les juristes précisent nettement que ce droit à rétribution n'appartient qu'aux médecins véritables et pas aux simples charlatans : « Par médecins, on entend même ceux qui soignent une

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

partie spéciale du corps ou traitent certaines maladies, par exemple des oreilles, des fistules ou des dents, mais non ceux qui prononcent des paroles magiques, des imprécations, desexorcismes — ce ne sont pas des traitements médicaux, quoi qu'en disent ceux qui prétendent avoir été soulagés par leurs boniments » (*Dig.*, *ibid.*, loi 1, § 3).

Le médecin engageait sa responsabilité par ses fautes. S'il soignait un esclave, on appliquait les règles soit de la responsabilité contractuelle, soit de la responsabilité délictuelle (*Dig.*, livre IX, titre 2, loi 7, § 8). Il répondait donc de la mort de l'esclave quand, après l'avoir opéré, il négligeait de le soigner, l'opération, note le juriste, eût-elle été bien faite (*Ibid.*, loi 8, *princ.* ; Inst. just., livre IV, titre 3, § 6).

L'impéritie professionnelle étant réputée faute, il répondait de la mort de l'esclave qu'il avait mal opéré, ou à qui il avait administré un remède à contre-temps (*Dig.*, IX, 2, loi 7, § 8, et loi 8 princ.; Instr. IV, 3, § 7).

Quand il soigne un homme libre, sa faute s'apprécie seulement d'après la responsabilité délictuelle : « De même qu'on ne doit pas imputer au médecin la mort due au hasard, de même on lui doit imputer les dommages causés par son impéritie ; sous prétexte de fragilité de l'esprit humain, le délit de celui qui se trompe ne peut rester sans réparation quand il engage la vie humaine » (*Dig.*, I, 18, *De officio praesidis*, loi 6, § 7).

§ 2. — Exercice de la pharmacie.

Les drogues en usage pour la médecine humaine étaient déjà nombreuses au Ier siècle de notre ère. Des préparations et compositions variées étaient en usage sous des noms divers : *unguenta, medicamenta, cataplasma.* On usait largement de l'hydrothérapie, non seulement dans les thermes publics, dont il subsiste de magnifiques vestiges, mais encore chez les particuliers. A Pompéi, on a retrouvé, chez des particuliers, des baignoires de marbre, et les textes nous parlent de baignoires en métal, parfois d'argent (*Dig.*, livre XXXIV, titre 2, *De auro, argento, mundo...*, loi 25, § 10 ; loi 32, § 7).

On paraît avoir souvent possédé, pour ses besoins personnels ou familiaux, des approvisionnements de remèdes assez importants pour en faire l'objet de legs spéciaux à l'un de ses amis, comme on lui léguait son vestiaire ou ses bijoux. Dans ces pharmacies personnelles, aux médicaments proprement dits, se mêlaient des parfums, des teintures et des fards, qu'on englobait sous le terme générique d'*unguenta* : « Parmi les drogues léguées, nous dit Pomponius, on ne croit pas devoir mettre uniquement celles dont on s'enduit par agrément, mais également celles qui servent à notre santé » (*Ibid.*, loi 21, § 1).

Il énumère parmi celles-ci « *commagena, glaucina, crina, rara, myrrha, costum, nardum purum* ».

Dans l'*Histoire naturelle* de Pline, on peut les identifier.

Ce commagenum était un onguent de fine graisse mélangé dans un mortier avec du cinamone. Il était originaire de *Commagène* en Syrie, où ce médicament fut inventé (Pline, *H. N.*, X, 22).

Le glaucinum était un remède préparé avec une plante de Syrie, le glaucion, que décrit également Pline (XXVII, 10).

Le crinonium était un onguent dans lequel entraient des lis rouges, connus en Grèce sous le nom de Krinon (Pline, XXI, 5).

Pline nous assure que de roses macérées dans de l'huile, on faisait un onguent doué de propriétés curatives, employé en médecine de son temps (XXI, 4).

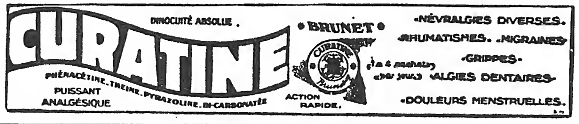
La myrrhe était un onguent fameux obtenu en faisant une incision dans l'arbre de ce nom.

Le costum arabicum était considéré dans l'antiquité comme doué de vertus toniques puissantes.

Les nards étaient d'une série d'espèces, le plus estimé était le *nardum indicum*, que les anciens employaient non seulement comme parfum, mais comme remède.

Si médicaments et parfums voisinaient ainsi sur les étagères, on se gardait bien de les confondre et les juristes notent que, dans les legs d'objets de toilette, ne sont pas compris les médicaments (*Ibid.*, loi 25, § 12).





MANUEL DE SEMIOLOGIE MEDICALE

Par le Dr M. PALASNE DE CHAMPEAUX

Médecin principal de la Marine. Professeur de Clinique médicale à l'Ecole d'application de Toulon.

6e édition, 1934. Un volume in-8 de 416 pages, avec 106 figures noires et coloriées. . . . . **24 fr.**

HYGIÈNE ET THÉRAPEUTIQUE PAR LES MÉTHODES NATURELLES

Dr J. POUCEL

LE SOMMEIL NATUREL

Pourquoi et comment dormir ?

1 brochure in-16 de 54 pages . . . . **6 francs**

LA MORT SUBITE

PAR

A. COSTEDOAT

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Préface du Professeur ÉTIENNE-MARTIN

1935, 1 volume in-8 de 264 pages. . . . . **40 francs**

LA MÉDECINE AU PALAIS

LA RESPONSABILITÉ DES HOPITAUX

« Attendu qu'il est établi, et personne ne le conteste, qu'en général l'ordre et la propreté règnent dans l'hôpital en question ; que cependant en l'espèce il y a lieu de retenir quelques faits qui démontrent qu'on aurait pu prendre quelques précautions de plus pour éviter des accidents comme celui en litige ;

« Attendu qu'on est obligé audit hôpital, pour manque de place, de mettre les enfants atteints d'une maladie contagieuse dans la même salle que ceux qui n'ont pas une maladie du même genre ; que la fille S..., atteinte de valvo-vaginite gonococcique, se trouvait à 3 mètres de distance à peu près ; qu'à certains moments il n'y avait pas dans chaque table de nuit un vase utilisable ; que, lorsqu'un vase était souillé, on en prenait un autre dans la table de nuit d'un autre malade ; que le personnel opérait ainsi ; que ce fait s'est également passé quant à la petite L... ; que, les jours de visite, les parents en remplacement du personnel croyaient se rendre utiles en se prêtant aux petits offices, lorsque les enfants avaient besoin de vases ; qu'il était difficile de les en empêcher et qu'aucune mesure énergique n'a été prise pour l'éviter ; qu'il est inopportun de désigner publiquement dans une salle les hospitalisés affectés de maladies dangereuses ; que tous ces faits sont prouvés par l'enquête :

« Attendu qu'en droit il résulte des articles 1135, 1147 et 1315 du Code civil que l'établissement qui a pris un engagement comme celui qui est en litige a de prime abord l'obligation de renvoyer la personne hospitalisée non atteinte d'une maladie contagieuse contractée dans ses locaux ; que, cette exigence du droit n'ayant pas trouvé satisfaction, il incombe aux hôpitaux la preuve que la contagion a été une suite de force majeure d'un cas fortuit ou de la faute d'une personne qui n'est pas un préposé de la défenderesse ;

« Attendu qu'en écartant pour le moment la prétendue faute de la mère, la Cour estime que les hôpitaux n'ont pas rapporté la preuve de force majeure ni de cas fortuit ; qu'ils n'ont pas même démontré qu'aucun de leurs préposés n'ait commis une faute ayant comme suite l'accident en litige ; que les circonstances de fait qui viennent d'être exposées, si elles ne font pas ressortir avec certitude une faute d'organisation ou du personnel, ne l'excluent cependant nullement ; qu'il est au contraire constant que Marguerite L... a été

hospitalisée dans des conditions qui constituaient un certain danger pour sa santé et que les hôpitaux ont à supporter ce risque ;

« Sur la prétendue faute des enfants : Attendu que, selon la déposition de la garde-malade, dame B..., la mère de Marguerite L... a pris le vase de nuit de la table de nuit de la petite S... pour en faire profiter sa propre fille ;

« Attendu que la dame L... ignorait que la petite S... souffrait d'un mal contagieux, qu'elle ignorait également le règlement interdisant l'interchangeabilité des vases et l'intervention des parents, qu'en voyant les pratiques dans ladite salle elle pouvait croire qu'il n'y avait aucun danger d'agir comme elle l'a fait, que dans ces conditions il n'y a pas lieu de retenir une faute éventuelle de sa part ;

« Attendu qu'il résulte de tout ce qui précède que les premiers juges à juste titre ont déclaré les hôpitaux responsables de tout dommage causé au père et aux filles L... par la contamination ;

« Sur le montant : Attendu que depuis la contamination jusqu'à la guérison définitive se sont écoulés environ trois ans ; que les traitements et hospitalisations ont causé au père des frais importants ; que son compte se monte à 13 188 fr. 98 ; qu'après examen des pièces justificatives produites et après déduction de toute exagération, une somme de 12 000 francs semble équitable pour réparer ce dommage ;

« Attendu que, quant au dommage moral, il y a lieu de prendre en considération la longue durée de la maladie, sa nature dégoûtante, les émotions et soucis de la famille dont ont souffert les demandeurs, enfin les inconvénients de la réputation — bien que tout reproche moral soit exclu — d'avoir souffert d'une maladie contagieuse d'un caractère spécial ; que, dans ce conditions, une indemnité de 20 000 francs pour chaque fillette ne semble pas excessive ;

« Par ces motifs et ceux non contraires des premiers juges, reçoit les hôpitaux et les consorts L... en leurs appels respectifs ; — Déclare les hôpitaux mal fondés quant au fond et quant au montant et les en déboute ; — Confirme le jugement entrepris; — Et sur appel des consorts L..., émendant le jugement entrepris sur le montant, condamne les hôpitaux à payer au demandeur 52 000 francs avec intérêts à 5 p. 100 à partir du 1er novembre 1928 ; — Dit que sur cette

(Voir la suite page V).

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

somme sont à imputer les 10 000 francs de provision alloués par jugement du 24 janvier 1934 ; — Dit que les hôpitaux sont responsables de toutes les suites futures qui seraient la conséquence de la contamination dont a été victime à la suite de son séjour dans leurs locaux du 22 septembre au 31 octobre 1927 Marguerite L... et par voie de conséquence Jeanne L... — Déboute les parties de toutes autres fins et conclusions. »

ADRIEN PEYTEL,
Avocat à la Cour d'appel.

NOUVELLES

Loi interdisant le colportage des médicaments et produits pharmaceutiques (loi du 4 septembre 1936). — « La vente au public de médicaments ou produits jouissant de propriétés curatives ou préventives, dans tous les lieux publics, dans les maisons privées et dans les magasins autres que les officines de pharmacie, est rigoureusement interdite.

« La même interdiction s'applique égaelment à la vente des plantes médicales, mélangées ou non, dans tous les lieux publics, dans les maisons privées et dans les magasins autres que les officines de pharmacie et les herboristeries.

« Il est également interdit aux pharmaciens et aux herboristes de solliciter habituellement auprès du public, des commandes, soit par l'intermédiaire de préposés ou de courtiers, soit par des dépôts de commandes à caractère commercial, et de procéder, par les mêmes moyens ou par des services réguliers et organisés, au trafic ou à la distribution à domicile des produits dont la commande aurait été ainsi sollicitée. »

Les contrevenants aux dispositions de l'article premier sont passibles d'une amende de 25 francs à 1 000 francs qui sera doublée en cas de récidive.

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. — Professeur : M. F. TERRIEN. — *Cours de chirurgie oculaire,* octobre 1936. — M. le professeur F. Terrien, assisté de M. le professeur Lacassagne ; de MM. les Drs Velter et Renard, agrégés ; de MM. les Drs P. Veil et Dollfus, ophtalmologistes des hôpitaux ; de MM. les Drs J. Blum, Hudelo, Mme Braun-Vallon et M. Joseph, chefs de clinique et de laboratoire, fera un cours de chirurgie oculaire à l'Hôtel-Dieu.

Le cours commencera le vendredi 16 octobre 1936, à 10 heures, à l'amphithéâtre Dupuytren (Hôtel-Dieu) et continuera les jours suivants. Il comprendra douze leçons. Les cours théoriques seront complétés par une série d'exercices pratiques : séances opératoires, exercices pratiques à l'Ecole de médecine ; démonstrations, visite à l'Institut du Radium, etc.

Des séances opératoires spéciales seront organisées pendant la durée des cours.

Les droits à percevoir sont fixés à 300 francs.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet no 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, et à l'A. D. R. M. (salle Béclard), tous les jours, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

Clinique obstétricale Baudelocque (121, boulevard de Port-Royal). — Professeur : A. COUVELAIRE.

STAGE ET COURS DE PERFECTIONNEMENT, *du 5 au 31 octobre,* sous la direction du professeur Couvelaire, avec l'assistance de MM. Portes, Desnoyers, Ravina, Lacomme, Digonnet, Sureau, accoucheurs des hôpitaux ; M. Aurousseau, chirurgien des hôpitaux ; M. Powilewicz, Mme Anchel-Bach, Mme Fayot-Petit-Maire, anciens chefs de clinique ; M. Roger Couvelaire, chef de clinique chirurgicale ; M. Lepage, chef de clinique ; MM. Coen, Grasset, Landrieu, anciens internes des hôpitaux ; M. Boros, interne des hôpitaux ; M. Mouchotte, aide de clinique.

A. *Stage clinique.* — Le stage pratique comporte : des exercices cliniques individuels (examens de femmes gravides, parturientes ou accouchées, avec discussion du diagnostic et du traitement) ; l'assistance aux accouchements et opérations, aux consultations de la Policlinique et du dispensaire antisyphilitique.

B. *Conférences.* — M. Lacomme : Diagnostic de la gestation au cours des premiers mois. Anomalies de forme et de situation de l'utérus gravide.

M. Desnoyers : Direction de l'accouchement.

M. Sureau : Hémorragies pendant la gestation et l'accouchement (endométrite hémorragique, placenta inséré sur le segment inférieur).

M. Sureau : Complications de la délivrance.

M. Desnoyers : Diagnostic des viciations pelviennes (rachitiques, bossues, boiteuses).

M. Desnoyers : Traitement des viciations pelviennes.

M. Ravina : Vomissements graves.

M. Ravina : Albuminurie. Hypertension. Azotémie. Rétension chlorurée au cours de la gestation.

M. Ravina : Éclampsie à forme convulsive. Éclampsie à forme hémorragique (apoplexie utérine et utéro-placentaire).

M. R. Couvelaire : Physiologie et pathologie de l'appareil urinaire pendant la gestation.

M. Sureau : Anomalies de la contraction utérine.

M. Sureau : Anomalies de la dilatation du col.

M. Portes : Formes cliniques et traitement des infections puerpérales.

M. Desnoyers : Môle vésiculaire.

M. Lepage : Gestations gémellaires.

Mme Fayot-Petit-Maire : Examen du placenta.

M. Lacomme : Tuberculose et gestation.

M. Powilewicz : Prophylaxie et traitement de la syphilis congénitale.

Mme Anchel-Bach : Cardiopathies et gestation.

M. Lepage : Infections colibacillaires et gestation.

M. Ravina : Infections gonococciques au cours de la gestation et de la puerpéralité.

Mme Fayot-Petit-Maire : Souffrance fœtale au cours de l'accouchement et traitement de la mort apparente.

M. Powilewicz : Hygiène et alimentation du nouveau-né normal et prématuré.

M. Aurousseau : Chirurgie du nouveau-né.

NOUVELLES *(Suite)*

C. *Opérations obstétricales.* — Démonstrations. Exercices pratiques individuels. Présentations de films cinématographiques.

M. Coen : Forceps dans les variétés directes et obliques antérieures.

M. Coen : Forceps dans les variétés transverses et obliques postérieures.

M. Coen : Forceps dans les présentations de la face et du front.

M. Landrieu : Extraction du siège.

M. Landrieu : Version par manœuvres internes.

M. Lepage : Basiotripsie.

M. Lepage : Embryotomie rachidienne.

M. Grasset : Dilatation artificielle du col. Dilatateurs, dilatation manuelle, ballons.

M. Lepage : Hystérotomies par voie vaginale. Incision du col. Césarienne vaginale.

M. Portes : Hystérotomies par voie abdominale. Césarienne corporéale, césarienne sur le segment inférieur (projection de films).

M. Portes : Césarienne avec extériorisation temporaire de l'utérus. Hystérectomies intra et post-partum (projection de films).

M. Desnoyers : Pelvitomies.

M. Sureau : Chirurgie de la période de délivrance (délivrance artificielle, traitement des inversions, transfusion).

M. Sureau : Chirurgie des lésions traumatiques obstétricales.

M. Sureau : Chirurgie des tumeurs compliquant la gestation et la parturition.

M. Sureau : Chirurgie des gestations ectopiques.

Droit d'inscription : 250 francs.

S'inscrire au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, ou à la salle Béclard (A. D. R. M.), tous les jours, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi).

Service de santé militaire. — Par décision du 21 août 1936, les mutations suivantes sont prononcées :

Médecins colonels. — M. Etienney (J.-M.-A.), sous-directeur du service de santé de la 7e région, Besançon, est désigné comme directeur du service de santé de la division d'Alger, Alger (service).

M. Pilod (M.-L.-E.), professeur agrégé du Val-de-Grâce, au laboratoire central de recherches bactériologiques et de sérologie de l'armée, Paris, est désigné comme sous-directeur du service de santé de la 7e région, Besançon (service).

M. Andrieu (H.-L.), médecin-chef de l'hôpital militaire d'Oran, désigné pour la direction du service de santé de la division d'Alger, à Alger (n'a pas rejoint). — Maintenu.

M. Junquet (H.-X.-J.), médecin des hôpitaux militaires de l'hôpital militaire Bégin, Saint-Mandé. — Maintenu, désigné comme médecin-chef.

M. Cavarroc (J.-J.-M.), de la place de Lyon, président de commission de réforme, désigné pour les salles militaires de l'hospice mixte d'Orléans (n'a pas rejoint). — Maintenu.

Médecins commandants. — M. Auban (R.-A. C.), du 109e régiment d'artillerie, Poitiers, est affecté au 20e régiment d'artillerie, Poitiers.

M. Fabre (L.-A.-J.), du 8e régiment d'infanterie, Cherbourg, est affecté à la base aérienne n° 104, le Bourget-Dugny.

M. Zimmermann (R.-L.-J.-A.-M.), du 55e régiment d'artillerie, Fontainebleau, est affecté au 13e régiment d'infanterie, Nevers (service).

M. Gruson (M.-Ch.-A.), de la base aérienne n° 104, le Bourget-Dugny, est affecté au 19e corps d'armée (service).

M. Peytraud (L.-H.-E.), du 13e régiment d'infanterie, Nevers, est affecté au 30e régiment d'artillerie, Orléans (service).

M. Thibault (R.-L.-A.), du 18e régiment de chasseurs à cheval, Saint-Avold, est affecté au 8e régiment d'infanterie, Cherbourg (service).

Médecins capitaines. — M. Guiter (A.-P.), du 10e régiment de dragons, Montauban, est affecté au 7e régiment de spahis, Montauban.

M. Deslangle (E.-A.-N.), du 150e régiment d'infanterie, Verdun, est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte de Tours (service).

M. Reilinger (J.-A.), du 155e régiment d'artillerie, Strasbourg, est affecté au 3e régiment de hussards, Strasbourg. Rejoindra le 15 octobre 1936.

M. Rouzaud (G.), du 19e corps d'armée, est affecté au 75e régiment d'artillerie, Fontainebleau (service).

M. Dupouy (P.-G.-V.), du 19e corps d'armée, est affecté au 24e régiment de tirailleurs tunisiens, Fontenay-le-Comte (service).

M. Chausset (R.-L.-E.), du 3e régiment de hussards, Strasbourg, est affecté au 5e régiment de cuirassiers, Strasbourg. Rejoindra le 15 octobre 1936.

M. Blan (P.-D.), assistant des hôpitaux militaires de l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, Lyon, est affecté à l'école de service de santé militaire, Lyon, médecin adjoint.

M. Aymes (P.-J.-G.), du 405e régiment de défense contre aéronefs, Sathonay, est affecté au 69e régiment d'infanterie, Saint-Avold (service).

M. Juhan (P.-A.), du 168e régiment d'infanterie, Thionville, désigné pour le 46e régiment d'artillerie, Thionville (n'a pas rejoint), est affecté au 13e régiment de tirailleurs algériens, Thionville.

M. Oiseau (H.-G.-E.), du 1er bataillon de dragons portés à Saint-Germain, est affecté au 8e régiment de cuirassiers, Saint-Germain.

M. Jacquier (J.), du 5e régiment de cuirassiers, Pontoise, est affecté au 1er régiment de dragons portés, Pontoise.

M. Petiteau (H.-L.), du 508e régiment de chars de combat, Lunéville, est affecté au 31e régiment de dragons, Lunéville.

M. Rozier (G.-G.-J.-B.), du 109e régiment d'artillerie, Poitiers, est affecté au 20e régiment d'artillerie, Poitiers.

Médecins lieutenants. — M. Camelin (A.-P.-E.), du 9e régiment de cuirassiers, Lyon, est affecté à l'infirmerie, hôpital du camp de la Valbonne. Rejoindra le 1er octobre 1936 (service).

M. Laugier (B.-Y.-L.-M.), du 8e régiment de dragons, Lunéville, est affecté au 508e régiment de chars de combat, Lunéville.

NOUVELLES *(Suite)*

M. Chemin (J.-P.), du 10e régiment de dragons, Montauban, est affecté au 7e régiment de spahis, Montauban.

M. Houot (A.-J.), de l'hôpital militaire Ganjot, à Strasbourg, est affecté au 158e régiment d'infanterie, à Strasbourg.

M. Marchaud (H.-J.), du 5e régiment de cuirassiers, Pontoise, est affecté au 5e régiment de cuirassiers, Strasbourg (service).

M. Garraud (R.-M.), de l'hôpital militaire Scrive, Lille, est affecté au 7e groupe d'auto-mitrailleuses, Saint-Omer. Rejoindra le 1er novembre 1936 (service).

M. Guibert (A.-P.-M.), du 54e régiment d'artillerie. Lyon, est affecté au 9e régiment de cuirassiers, Lyon,

M. Colas (J.), de l'hôpital militaire Dominique-Larrey, Versailles, détaché à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, Lyon, est affecté au 405e régiment d'artillerie de défense contre aéronefs, Sathonay. Rejoindra le 1er novembre 1936 (service).

M. Masson (H.-A.), du 503e régiment de chars de combat, Versailles, désigné pour le 8e régiment du génie, à Versailles (n'a pas rejoint). — Maintenu.

M. Louber (J.-J.-A.), du 7e régiment de spahis, Orange, est affecté au 10e régiment de dragons, Orange.

M. Bonteille (H.), du 24e régiment d'infanterie, Paris, est affecté au 184e régiment d'artillerie, Valence.

M. Denonn (P.-J.), de l'hôpital militaire d'instruction Percy, Clamart, est affecté au 24e régiment d'infanterie, région de Paris.

M. Gloaguen (M.-A.), en stage à l'école d'application du service de santé militaire, Paris, désigné pour les salles militaires de l'hospice mixte de Lunéville (n'a pas rejoint), est affecté au 73e régiment d'artillerie, Lunéville (service).

Pharmacien lieutenant. — M. Delga (J.), de l'hôpital militaire Scrive, Lille, est affecté à la section technique du service de santé, Paris (service).

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

26 SEPTEMBRE. — *Alger.* Gouvernement général. Dernier délai d'inscription pour le concours de chirurgien adjoint de l'hôpital de Mostaganem.

27 SEPTEMBRE. — *Brest.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de l'internat des hôpitaux de Brest.

27 SEPTEMBRE. — *Rome.* Congrès international de pédiatrie.

28 SEPTEMBRE. — *Marseille.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de l'internat en médecine et en chirurgie.

28 SEPTEMBRE. — *Paris.* Hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce. Concours de médecin, de chirurgien et de pharmacien chimiste des hôpitaux du Service de santé colonial.

29 SEPTEMBRE-3 OCTOBRE. — *Venise.* Congrès de la Presse médicale latine.

29 SEPTEMBRE. — *New-York.* Congrès international de pyrétothérapie.

1er OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Début des consignations pour les différents examens probatoires du doctorat.

1er OCTOBRE. — *Vesoul.* Concours pour la nomination d'un médecin-chef spécialisé des dispensaires d'hygiène sociale de la Haute-Saône.

1er et 2 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Consignation pour les examens (session octobre-novembre).

3 OCTOBRE. — *Bruxelles.* Ier Congrès européen de chirurgie structive.

3 OCTOBRE. — *Reims.* Dernier délai d'inscription des candidats au concours de l'internat des hôpitaux de Reims.

5 OCTOBRE. — *Londres.* IVe Réunion européenne d'hygiène mentale.

5 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès français de chirurgie.

5 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès français d'urologie.

5 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès français de stomatologie.

5 OCTOBRE. — *Poitiers.* École de médecine. Ouverture du concours de chef de physiologie.

5 OCTOBRE. — *Marseille.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de l'externat en médecine et en chirurgie.

5 OCTOBRE. — *Valence.* Clôture du registre d'inscription des candidats au concours de chirurgiens des hôpitaux de Valence.

6 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès français d'orthopédie.

6 OCTOBRE. — *Reims.* Clôture du registre d'inscription des candidats au concours de l'externat des hôpitaux de Reims.

8-10 OCTOBRE. — *Paris.* IIIe Congrès des médecins électro-radiologistes de langue française.

10-14 OCTOBRE. — *Genève.* VIe session de l'Office international de documentation de médecine militaire.

12 OCTOBRE. — *Grenoble.* École de médecine. Concours pour la nomination de chirurgiens des hôpitaux de Valence.

12 OCTOBRE. — *Paris.* Première épreuve écrite du concours de l'internat et pour les prix de l'externat.

12 OCTOBRE. — *Paris.* Ouverture du concours pour la nomination à deux emplois de médecin-chef de service des asiles publics d'aliénés de la Seine.

12 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de pharmacie. Concours de professeur suppléant de physique à l'École de médecine de Rennes.

12 OCTOBRE. — *Marseille.* Concours de l'internat des hôpitaux de Marseille.

12 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès français de médecine.

CHRONIQUE DES LIVRES

Réactions labyrinthiques et équilibre. L'ataxie labyrinthique, par G.-G.-J. RADEMAKER, professeur à l'Université de Leyden. Préface du professeur GEORGES GUILLAIN. Un volume de 262 pages, avec 124 figures. Prix : 80 fr. (*Masson et Cie, éditeurs*).

Dans les traités de physiologie, d'otologie et de neurologie, les labyrinthes sont considérés comme des organes de l'équilibre. Selon ces traités, la fonction essentielle des labyrinthes est le maintien et le rétablissement de l'équilibre du corps. Mais vainement on cherche de quelle manière les labyrinthes accomplissent cette tâche, par quelles réactions ils régularisent l'équilibration.

Le professeur Rademaker, de Leyden, dont les travaux sur le noyau rouge, le labyrinthe, la statique du corps sont universellement connus et font autorité, publie dans cet ouvrage des recherches encore inédites sur le problème de l'équilibration ; il réaliseune synthèse d'expériences personnelles poursuivies durant de longues années.

L'auteur donne une place prépondérante dans le problème de l'équilibration, aux réactions labyrinthiques des extrémités, puisque c'est par elles, c'est-à-dire par les membres, que l'équilibre est maintenu. Pour aborder le problème de l'équilibration, il considère comme indispensable d'explorer le labyrinthe, non pas avec les épreuves caloriques habituelles qui ne sont pas physiologiques, mais uniquement avec des excitants physiologiques tels que la chute ou la rotation.

Chagrins d'amour et psychoses, par CONSTANCE PASCAL, médecin chef des Asiles publics d'aliénés de la Seine. Un volume in-16 de 150 pages. Prix : 16 fr. (*Gaston Doin et Cie, éditeurs*).

Les chagrins d'amour, créateurs de troubles mentaux, ne constituent plus une donnée imprécise de la psychologie populaire, mais un problème scientifique. Grâce aux recherches de l'auteur sur la biologie des émotions, l'amour contrarié peut être considéré comme une *crise vitale* ; il est à la fois une peine morale et une peine organique.

Contrairement aux idées de Freud, les psychoses sexuelles sont la défaite de la libido et non son triomphe ; elles sont à base de panique, d'agression et de révolte, et marquent la suprématie des instincts de défense et de sécurité. La folie n'est pas une délivrance, mais un nouveau mode de souffrance. La pathologie des camouflages est un mythe littéraire.

Les chagrins d'amour ouvrent un chapitre nouveau de pathologie émotionnelle qui intéresse à la fois le grand public cultivé, les biologistes, les psychologues, les aliénistes, les magistrats et les médecins praticiens.

Les astéréognosies. Pathologie du toucher. Clinique. Physiologie. Topographie, par J.-P.-L. DELAY. Préface du professeur G. GUILLAIN. Un volume de 548 pages, avec 19 figures. Prix : 65 fr. (*Masson et Cie, éditeurs*).

Ce très important travail, fait à la clinique neurologique de la Salpêtrière et au laboratoire de physiologie des sensations du Collège de France, apporte une conception nouvelle du problème des astéréognosies.

Il représente, d'autre part, une synthèse complète de tous les travaux d'ordre neurologique, physiologique, psychologique, qui ont paru sur ce sujet dans la littérature internationale. Il s'inspire des travaux expérimentaux de Pavlov sur les analyseurs tactiles dont il fait une féconde application à la clinique, et de ceux de Henry Head, qu'il soumet à une critique judicieuse.

Les cliniciens seront intéressés dans cet ouvrage par l'étude des techniques scientifiques de l'examen des sensibilités, qui doit être fait en tenant compte non seulement de l'appréciation des sensations élémentaires, mais aussi des perceptions de l'intensité et de l'extensité dessensations, et des modifications de la sensation en fonction du temps.

Les physiologistes seront spécialement intéressés par une dissociation des astéréognosies d'un point de vue physio-pathologique en amorphognosies, troubles de la différenciation des formes conditionnées par des troubles des analyseurs d'extensité spatiaux, et en atrylognosies, troubles de la différenciation des matières, conditionnées par des troubles des analyseurs d'intensité.

Il n'existait jusqu'à ce jour dans la littérature étrangère aucun ouvrage envisageant la question des astéréognosies dans toute sa complexité. C'est dire que sa lecture apparaît indispensable à qui s'intéresse soit au problème des sensibilités, soit au problème des agnosies et des troubles de la pensée symbolique.

L'hygiène de l'enfant, causeries par le Dr ROCAZ. 1 vol. in-8° avec figures (*Delmas, éditeur, Bordeaux*).

Le Dr Rocaz, dans sa belle et longue carrière, a eu à donner de nombreux conseils aux mères, au sujet de l'hygiène de leurs enfants. Il a fait fréquemment des conférences sur ce sujet, et c'est l'ensemble de ses causeries qu'il publie en livre.

Bien présenté, remarquablement illustré, cet ouvrage est assuré du succès dans les milieux auxquels il est destiné. On y trouve sur l'hygiène de l'enfant, et sur les moyens de traiter ses maladies, clairement et simplement expliquées, une série d'excellents conseils dont ne peuvent que profiter tous ceux qui les liront. La longue expérience, le savoir et le bon sens de l'auteur de ce livre se reflètent dans toutes ses causeries, et l'on ne peut qu'applaudir à l'initiative qui a amené le Dr Rocaz à publier cet excellent ouvrage. P. L.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

CERTIFICATS DE MÉDECIN ET PEINES DU FAUX

Par E.-H. PERREAU

Professeur de Législation industrielle à la Faculté de droit de Toulouse.

Le nombre des cas où les lois, surtout les lois sociales, imposent des certificats médicaux, celui des opérations émanant d'entreprises privées en exigeant de leur clientèle, s'accroissent tous les jours notablement. Inutile de dire que, dans la presque unanimité des cas, pareils certificats, même s'ils contiennent des inexactitudes, sont dressés avec la plus entière bonne foi. Mais il ne faut évidemment pas que quelques brebis galeuses, si rares soient-elles, se puissent couvrir de la haute honorabilité du Corps médical français, pour se soustraire, en cas de faute grave, aux châtiments nécessaires.

Le plus souvent, des textes spéciaux fixent des peines déterminées, d'après l'emploi auquel est destiné le certificat médical. Citons principalement les cas suivants :

1° En ce qui concerne les services publics. — La délivrance d'un faux certificat pour exempter d'un service public est ainsi réprimée : une amende de 100 francs au maximum, s'il s'agit de dispenser un témoin de venir déposer en justice (art. 80, C. Instr. crim.) ; une amende de 100 à 3 000 francs et un emprisonnement d'un à trois ans s'il s'agit d'exemption de tous autres services publics (art. 160 et 164, C. pénal), avec interdiction des droits civiques, civils et de famille pendant une durée de cinq à dix ans ; les mêmes peines, en portant le maximum d'emprisonnement à quatre ans, s'il y a eu dons ou promesses au médecin (art. 160 et 164, C. pénal).

Ces peines sont encourues, non seulement quand le signataire affirme sciemment des choses fausses, mais encore s'il avait omis de vérifier les faits attestés ou les a négligemment examinés (1).

Est puni de deux à six mois d'emprisonnement et de dégradation civique tout médecin qui, ayant reçu dons ou promesses dans l'exercice de ses fonctions, et pour favoriser quelqu'un, certifie faussement ou dissimule l'existence de maladies ou infirmités. En outre, il peut être destitué, s'il est officier (art. 177, § 3, C. pénal, modifié par loi 9 mars 1928, art. 244).

Les médecins civils ou militaires, assistant les Conseils de revision, ou la Commission médicale de revision, ou les Commissions de réforme, à l'effet de donner leur avis ou de statuer, qui ont reçu des dons ou agréé des promesses pour être favorables aux personnes examinées, sont punis d'un emprisonnement de deux mois à deux ans (loi 31 mars 1928, art. 88).

(1) Trib. Seine 5 oct. 1934, *Écho médical du Nord*, 1903, p. 310.

2° En dehors des services publics. — Est passible d'une amende de 16 à 300 francs, et, en cas de récidive dans l'année, d'une amende de 500 à 2 000 francs, tout médecin ayant, dans des certificats délivrés pour application de la loi sur les accidents du travail, sciemment dénaturé les conséquences des accidents (loi 9 avril 1898, art. 30, § 4).

Sera frappé d'exclusion du service des Assurances sociales tout médecin, chirurgien, sage-femme ou pharmacien, en cas de fausse déclaration intentionnelle dans le fonctionnement des lois sur les assurances sociales. En outre, s'il y a collusion avec les assurés, il est passible d'une amende de 100 à 2 000 francs, et d'un emprisonnement de six jours à trois mois, ou de l'une de ces deux peines seulement, « sans préjudice de plus hautes peines s'il y échet » (loi 5 avril 1928, art. 67, § 2).

D'une façon générale, tous faux certificats non prévus aux articles 159-161, Code pénal, sont punis des travaux forcés ou de la réclusion, quand ils ont pour but de nuire au Trésor ou aux tiers (art. 162, C. pénal). La disposition précitée de la loi des assurances sociales nous montre que ces peines peuvent accompagner ou remplacer les sanctions prévues par des lois spéciales. Elles sanctionnent, d'autre part, la loyauté des certificats dans tous les cas qui ne sont pas visés particulièrement dans des textes. A quelles conditions atteignent-elles de faux certificats médicaux ?

§ 1. — Certificats médicaux rédigés à titre de renseignements.

Les certificats médicaux de cette nature sont les plus nombreux ; on peut même dire que c'est le cas le plus général. Ils servent à éclairer une personne ou autorité, sur la décision qu'elle va prendre, mais qu'elle prend librement, sous sa propre responsabilité. Ce document préalable peut être obligatoirement imposé par la loi avant la décision d'une autorité publique, ou par les statuts d'une entreprise privée avant la conclusion d'un contrat ; mais l'autorité ou le contractant, une fois renseigné, se décide lui-même et pourrait au besoin écarter la solution proposée par le médecin.

Tel est le cas des certificats médicaux exigés, par les Compagnies d'assurances-vie ou d'assurances-accidents, des personnes désirant contracter avec elles. Un contrat n'est signé qu'en présence d'un certificat médical attestant que le proposant n'est atteint d'aucune des maladies ou infirmités devant l'écarter d'après les statuts.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

En sens inverse, la production d'un tel certificat ne suffit pas à obliger la Compagnie à signer une police. Quand elle trouve le certificat trop peu précis, ou quand elle possède par ailleurs des renseignements le contredisant, elle peut refuser de contracter avec le proposant.

De même, nul n'est admis, comme aliéné, dans une maison de santé privée, si l'on ne présente un certificat constatant son aliénation mentale. Mais, sur la présentation d'un pareil certificat, le directeur n'est pas tenu de recevoir le pensionnaire qu'on lui amène. Il serait facile de multiplier les exemples analogues.

Les autorités publiques doivent être, elles aussi, éclairées de certificats médicaux, notamment, en matière d'accidents du travail, le certificat d'origine (loi 9 avril 1898, art. 11, § 2), et le certificat constatant le caractère permanent de l'incapacité de la victime (loi 9 avril 1898, art. 15, § 3). Les directeurs d'asiles publics d'aliénés ne peuvent recevoir une personne que sur production d'un certificat médical constatant son aliénation mentale (loi 30 juin 1898, art. 8, § 2). Les fonctionnaires publics ne peuvent obtenir de longs congés ou leur mise en réforme que d'après un certificat médical. Mais, dans toutes ces circonstances, le certificat n'a rien de décisif et peut être librement discuté par les parties intéressées à le contredire.

Dans tous les cas précédents, ou autres analogues, il s'agit de questions importantes, parfois très graves. Les peines du faux ne protégeront-elles donc pas les intérêts menacés ?

Cependant, la jurisprudence et la doctrine les écartent, en s'appuyant sur ce principe traditionnel que le faux doit porter atteinte au droit d'une personne, comme le rappelle expressément l'article 162, Code pénal, et qu'il suppose une altération ou confection d'un acte pouvant servir de base à une action ou un droit, conformément à l'article 147 du même Code.

Or les certificats ci-dessus ne présentent pas ce caractère, ne faisant pas corps avec le contrat souscrit ou la décision prise, puisqu'ils servent de simples renseignements, ne lient pas la personne devant contracter, ni l'autorité devant décider, et peuvent être librement écartés par elle. Ils ne présentent avec cette décision ou convention qu'un lien tout occasionnel n'ayant absolument rien de nécessaire, et ne font donc pas corps avec elle, de telle sorte qu'on puisse les considérer comme étant eux-mêmes la source d'une action ou d'un droit (Garraud, *Traité th. et prot. du Code pénal*, t. III, n°s 199, 213 et 219 ; Chauveau et Faustin Hélie, t. II, chap. XXIV, § 3 ; chap. XXVII, § 3).

En conséquence, on a jugé que les certificats de médecin attestant sciemment et faussement le bon état de santé d'une personne, en vue de la souscription d'une assurance sur la vie, n'encouraient pas les peines du faux, la Compagnie d'assurances restant toujours libre de ne pas contracter et d'écarter le certificat médical pour une cause quelconque (Cass. crim., 28 juillet 1887, S., 90.1.490).

Plus récemment, on a donné la même solution pour les faux certificats médicaux, délivrés à la victime d'un accident du travail en vue de faire valoir les droits résultant de la loi du 9 avril 1898. Pareils certificats non plus ne sont la source ni d'une action, ni d'un droit ; ils peuvent toujours être discutés en justice ; ils le sont toujours, en l'absence d'accord amiable, le juge ordonnant alors toujours une expertise (Cass. crim., 18 juin 1929, S., 26.1.92).

Inutile de dire que ni la société, ni les intéressés ne sont désarmés en pareils cas, la jurisprudence réprimant autrement les fraudes de cette nature, comme escroquerie ou complicité d'escroquerie par exemple.

§ 2. — Certificat constituant un document décisif.

Parfois, quoique beaucoup plus rarement, les certificats jouent le rôle de documents décisifs. Il en est ainsi spécialement en vertu des clauses des polices d'assurances-vie, par lesquelles les Compagnies s'engagent à payer aux ayants droit les sommes convenues, sur présentation de l'acte de décès, accompagné d'un certificat médical attestant la cause du décès. Plus spécialement le but de ce certificat est de prouver que le décès de l'assuré provient d'une cause couverte par l'assurance et non d'un des genres de causes écartés expressément dans le contrat.

Ici, la position de la question change du tout au tout. Aucune liberté n'est plus laissée à l'assureur pour payer ou non les sommes convenues, sur production d'un acte de décès et d'un certificat médical attestant que la mort ne provient pas d'une cause écartée par la police. Évidemment il peut, s'il croit en avoir les moyens, refuser de payer en prétendant faux les documents fournis ; mais il lui incombe alors d'administrer en justice la preuve de cette fausseté, sans quoi il sera fatalement condamné à payer conformément à ses engagements.

Le certificat médical est alors un titre établissant, jusqu'à preuve contraire par la Compagnie, le droit du bénéficiaire de l'assurance. Nous rentrons alors dans l'énumération contenue à

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

l'article 147, Code pénal, et les peines du faux sont certainement encourues.

Dans une espèce portée devant la Cour de cassation, la question se compliquait. Car le bénéficiaire de l'assurance avait fait dresser, par l'officier d'état civil, un acte de décès de l'assuré, sur présentation d'un certificat de décès rédigé par le médecin dont émanait aussi le certificat constatant que l'assuré était décédé de mort naturelle. Le faux commis dans le second certificat pouvait être considéré comme commis en écriture privée, frappé seulement de la peine de la réclusion (art. 150, C. pénal). Mais ne pouvait-on rattacher le premier assez intimement à la rédaction de l'acte de l'état civil, pour prononcer la peine des travaux forcés, pour crime de faux en écritures publiques (art. 146, C. pénal) ?

Ayant, en connaissance de cause, aidé le bénéficiaire de l'assurance à faire rédiger un faux acte de décès, en confectionnant un faux certificat de décès devant être remis à l'officier d'état civil, le médecin s'était rendu coupable de complicité de faux en écritures publiques (Cass. crim., 30 mai 1933, S. 35.1.77).

VARIÉTÉS

DE PLATON A LA PSYCHOLOGIE ANALYTIQUE ET A LA TRANSFORMATION SOCIALE

Dans ses *Essais de psychologie analytique* (1), Jung, disciple de Freud, maître lui-même en psychanalyse, pense que la création de la conscience en l'homme vient du fait de s'éloigner de l'instinct ou de se dresser contre lui. La volonté de l'instinct est de persévérer comme nature. La conscience, par contre, recherche ou nie la civilisation. Dès qu'elle aspire, suivant la voie de Jean-Jacques Rousseau, au retour à la nature, la conscience, en réalité, la « cultive ». Et si cette conscience se retourne vers l'homme en tant que sujet et contemple son propre arrière-plan, elle y perçoit de « sauvages obscurités » qui la terrifient et qu'elle aimerait ne pas connaître.

Et pourtant, écrit Jung, *on se sent presque allégé de trouver tant de mal au fond de son âme. Précisément, parce que c'est une partie de notre âme, c'est aussi une chose que l'on tient plus ou moins dans sa main, que l'on peut, par conséquent, contrôler ou au moins réprimer comme il convient. Si l'on y parvenait — on aime du moins à le croire, — une partie du mal serait extirpée du monde extérieur. Si la connaissance de l'inconscient était généralement répandue, tout le monde pourrait voir, semble-t-il. si un homme d'Etat se laisse entraîner par de méchants motifs inconscients et les journaux pourraient lui crier : « Faites-vous analyser, je vous prie. Vous souffrez d'un complexe paternel refoulé. »*

Il semble que Jung formule ici une nuance optimiste quant à la possibilité évolutive de l'homme, puisque l'analyse au scalpel psychologique, l'acte d'ouvrir et de fouiller l'inconscient peut délivrer la créature de son déséquilibre grandissant et des conséquences collectives de ce mal. Cependant, il s'avoue sceptique. Parce que médecin. Cette profession le pousse à percevoir toujours des maladies. D'où ce second aveu : une bonne partie de son art consiste à ne pas les voir là où elles sont. Aussi se récuse-t-il quand on lui demande une réponse à cette question sans doute trop précise : l'humanité occidentale, l'homme blanc en général est-il malade, l'occident tombe-t-il en décadence ?

(1) Traduits à la Librairie Stock, éditeur.

Jung pourrait, il est vrai, employer la méthode socratique, l'une de celles que choisit la Sagesse pour parler aux hommes. Elle reste immaculée — les humains, moyens, diraient qu'elle ne se commet point ou ne se compromet pas — en employant une raison très adaptée, relative, pour amener les êtres à la Vérité. Qu'importe si, avec le temps, le but est atteint. Et puisque « tout est dans l'âme, à l'intérieur, pour ainsi dire », la Sagesse incarne des accoucheurs d'âmes, des Socrates (ceux-ci s'exprimant par le truchement de Platons) qui, « psychanalystes », doivent guérir certaines affections psychiques chez l'homme. Car enfin les personnages des dialogues platoniciens ne ressemblent-ils point à des « analysés » que le Philosophe, créateur de la « Psychologie analytique » et, partant, « médecin » conscient ou inconscient, va délivrer de leurs « refoulements » psychomentaux (*psuché* : âme-sentiment, et *mens :* âme-pensée ; veuille le lecteur excuser l'union d'un mot grec à un terme latin).

De fait, « tout est dans l'âme, à l'intérieur, pour ainsi dire ». Céphale opine dans ce sens quand, dans *La République*, il dit à Socrate au sujet de la vieillesse : «*Là-dessus ils rebattent tous les maux dont la vieillesse est pour eux la cause. Mon avis à moi, Socrate, c'est que ces vieillards ne touchent pas la véritable cause; car, si la vieillesse était la vraie cause, elle aurait eu le même effet sur moi et sur tous ceux qui sont arrivés à cet âge. Quant à ces regrets des vieillards et à leurs chagrins domestiques, il*

VARIÉTÉS *(Suite)*

n'y a qu'une sorte de cause, et ce n'est pas la vieillesse, Socrate, mais le caractère des hommes (1). »

Sans contredit, l'étude du caractère, qui fait le destin des êtres, devrait se trouver à la base de la psychopathologie. Que de « mauvais caractères » on découvrirait à l'origine de nombreuses maladies, celles-ci, au demeurant, n'étant point d'ordre uniquement « psychique » ou « mental »! Car le siège du caractère se trouvant dans le « nerveux » et les nerfs commandant la vie de tous les organes, beaucoup de « cancers », d'« arthritismes », de « tuberculoses » ont, sans doute, une de leurs sources dans les formes, propriétés et facultés de chaque individu. Et, peut-être aussi, en admettant l'action de l'inconscient sur le conscient, ou du psychique sur le physique, dans la manière dont « on ne pratique la justice que malgré soi et par impuissance de commettre l'injustice », comme l'affirme Glaucon à Socrate. Contrariété assez forte pouvant engendrer des troubles sérieux dans les voies biliaires.

Un psychanalyste de nos jours oserait-il prétendre, à l'exemple de Platon, que l'anneau de Gygès donné au juste ferait de lui un criminel? Gygès était un berger au service du roi qui régnait alors en Lydie. Cet homme, à la suite d'un orage et d'un tremblement de terre, était descendu dans une ouverture béante formée à l'endroit où paissait son troupeau. Il y vit, entre autres merveilles, un mort dont la taille dépassait les mesures humaines, nu, ayant seulement un anneau d'or à la main. Il prit la bague et remarqua, par la suite, que, chaque fois qu'il tournait à l'intérieur le chaton, il devenait invisible. Ce fut alors qu'il se rendit au palais, séduisit la reine, attaqua et tua le roi avec son aide, puis s'empara du trône. Or, et Glaucon l'assure devant Socrate :

« *Supposons maintenant deux anneaux comme celui-là, mettons l'un au doigt du juste, l'autre au doigt de l'injuste; selon toute apparence, nous ne trouverons aucun homme d'une trempe assez forte pour rester fidèle à la justice et résister à la tentation de s'emparer du bien d'autrui. En cela, rien ne le distinguerait du méchant... Tous les hommes en effet croient que l'injustice leur est beaucoup plus avantageuse individuellement que la justice, et ils ont raison de le croire, si l'on s'en rapporte au partisan de la doctrine que j'expose. Si, en effet, un homme, devenu maître d'un tel pouvoir, ne consentait jamais à commettre une injustice et à toucher au bien d'autrui, il serait regardé par ceux qui seraient dans le secret comme le plus malheureux et le plus insensé des hommes. Ils n'en feraient pas moins en public l'éloge de sa vertu, mais à dessein de se tromper mutuellement dans la crainte d'éprouver eux-mêmes quelque injustice.* »

L'effet de la lecture de ces lignes et de leur commentaire sur un homme d'Etat, un fonctionnaire ou un citoyen moyen, serait différent. Sourire narquois, haussement d'épaules, observations simplistes, humoristiques, témoignages d'indifférence, de pessimisme et de révolte ? Psychologiquement, néanmoins, la personne, réagissant à sa manière grossière ou subtile, jolie ou vilaine, ne manquerait pas d'être « touchée ». Qu'arriverait-il si pareilles lectures avec explications de plus en plus appuyées se répétaient ? L'idée de Jung est-elle réellement impraticable ? Elle peut paraître rêvasserie. On ne conçoit pas encore la possibilité, dans la presse, de conseils donnés à quelque politicien de se faire « analyser » parce qu'il souffre d'un « complexe paternel refoulé ». Pourtant Jung n'est pas un utopiste. Sa constatation est juste : depuis un quart de siècle environ, l'immense accroissement, dans notre jeune Europe, de l'intérêt pour la psychologie prouve irréfutablement que la conscience moderne, ou plus simplement, modestement, la curiosité, commence à se désintéresser des réalités extérieures pour se tourner vers le réel intérieur, le « moi », le subjectif. Serait-ce uniquement la curiosité qu'il ne faudrait point la railler ni la décourager. Elle est un instrument inconscient de la conscience, une antenne émergeant des profondeurs mystérieuses de nos degrés d'être, ici timide, là plus audacieuse, flamme qu'on doit attiser. Il faut répandre la connaissance de l' « Inconscient ». Et aussi expliquer l'inconscient individuel par l'inconscient collectif. Celui-ci comprend, avec beaucoup d'autres composantes à distinguer, héritage des règnes minéral, végétal, animal, action des astres — ceci concerne des astrologues de la famille des Tycho-Brahé et des Képler, — les sommes des inconscients individuels des hommes qui, depuis des centaines de millénaires, habitent notre globe. Les refoulements n'appartiennent donc pas seulement à un total du présent. C'est l'immense addition de « repoussés au dedans », au cours de milliers de générations passées, qui engendre le fait auquel on doit cette sombre affirmation platonicienne : *tous les hommes croient que l'injustice leur est beaucoup plus avantageuse individuellement que la justice.*

Le psychanalyste, ce psychochirurgien qui veut guérir le patient qu'il analyse, a le devoir de sonder loin dans cette « antiquité » pour atteindre au but. Là se découvre non seulement mission de médecin, mais rôle social. Et puisque l'intérêt pour tout ce qui relève de la psychologie, du psy-

(1) *La République* de Platon, à la *Collection des Universités de France.*

VARIÉTÉS *(Suite)*

chisme augmente dans les masses depuis les récents progrès ou efforts de la science, une tâche incombe aussi à la presse médicale ou autre : agir dans cette direction d'une influence sociale. Réserver une place au médecin « analyste » qui traduirait, avec mesure et sagesse, suivant un langage à trouver, pour l'usage du public, les formules dont il se sert, dans son cabinet, selon la méthode « platonicienne » de psychologie analytique. Méthode scientifique de transformation sociale par le bistouri ouvrant les abcès formés par des siècles de refoulements. Ainsi se confirmerait cette pensée de Jung : *Il est vrai qu'une grande partie du mal provient de l'inconscience illimitée de l'homme. Et il est certainement vrai aussi qu'une connaissance plus complète peut lutter contre les origines psychiques du mal, de même que la science, finalement, nous a mis à même de combattre avec succès les dommages extérieurs.*

MARC SEMENOFF.

LES ASSISTANTES DE POLICE EN SUISSE

Par G. ICHOK

Entre le domaine de la police sanitaire et l'activité de la police tout court, la distance à parcourir est peut-être moins grande qu'on voudrait le croire En effet, bien souvent, l'application de certaines mesures, dans l'intérêt de la Santé publique, ne rencontre point de difficultés, par crainte d'une intervention d'un agent autorisé, muni d'un pouvoir coercitif. Les sanctions redoutées suffisent pour aboutir au résultat voulu, sans qu'il soit nécessaire de manier les foudres de toutes sortes.

La police n'a pas seulement un rôle préventif à remplir. Sa tâche peut être également d'ordre curatif, notamment si elle vise l'enfance. Toutefois, la besogne est délicate, et exige beaucoup de tact. Aussi, dans divers pays, l'idée de doter la police d'auxilaires féminines a-t-elle fait du chemin. Comme on le sait, Paris a nommé, il n'y a pas longtemps, deux femmes-agents de police. Dans d'autres endroits, l'exemple sera sans doute suivi. Qu'il soit donc permis de faire état de la situation en Suisse, d'après une étude hautement instructive de G. Bernheim (1) dont nous allons détacher les passages pénétrés d'un esprit de réalisation pratique.

En Suisse, où les œuvres pédagogiques se trouvent en très grand nombre, les sociétés d'assistance ont réclamé, déjà depuis 1912, que les femmes fassent partie de la police, pour s'occuper des cas spéciaux. Malheureusement, les demandes, si justifiées soient-elles, sont restées sans lendemain, et la période de la guerre n'était pas non plus particulièrement propice pour réaliser un vœu, pourtant de première importance. Après la guerre, la Société des Nations appuya la campagne en faveur de la police féminine, et, en présence des services excellents qu'elle rendait, dans tous les pays où elle avait été organisée, la section spéciale de la Société des Nations, dont relevait le comité contre la traite des femmes, réclama l'extension de la police féminine. Enfin, en 1919, à Zurich, l'essai a été tenté, quoique sans résultat. Toutefois, la tentative fut l'occasion d'une réorganisation des services sociaux de la ville.

Le mouvement, qui ne voulait pas prendre pied, n'était pas, pour cette raison, perdu. On avait compris, comme le dit G. Bernheim, comment des femmes entraînées au métier d'assistantes sociales pouvaient, avec les fonctions et les prérogatives de la police, développer et rendre plus efficace leur activité, et, ce faisant, ajouter, aux possibilités de répression, des possibilités aussi riches que neuves de prévention et de protection.

La question, examinée sous ces divers aspects, ne pouvait pas laisser indifférents les hommes avides de faire de l'action sociale et médico-sociale. Dans les divers cantons, on a tenté d'entraîner les hésitants, choqués par l'idée originale, et on a, en 1921, pour le canton de Berne, où se trouve, comme on le sait, la capitale, engagé la première assistante de police.

a) La nomination des assistantes et leurs attributions.

Après les quelques mots d'historique, il sera instructif d'apprendre que, malgré l'exemple allemand si proche, la Suisse a réalisé son projet d'une façon spéciale. Ainsi, tandis que l'Allemagne exigeait de ses candidates, en plus d'un diplôme d'Etat d'assistante sociale, une formation policière, la Suisse a jugé bon de faire tout autrement. Les assistantes sociales nommées devaient avoir une tâche nouvelle, c'est entendu, mais elles ne devenaient pas, pour cette raison, fonctionnaires de la police. Pour bien marquer l'esprit de la nouvelle réforme, la Suisse écarta de nombreuses candidates de diverses professions, même universitaires, et ne retint que des femmes ayant eu une longue pratique et une expérience approfondie du travail social.

Une année après Berne, Lausanne nomme également une assistante de police. Genève suit l'exemple et crée trois postes similaires. Berne et Lausanne engagent deux anciennes élèves d'écoles sociales, en possession de leur diplôme d'Etat,

(1) G. BERNHEIM. La police féminine et son rôle social (*L'Hygiène mentale*, t. XXIX, n° 7, p. 177-184, 1934)

tandis que les trois assistantes de police de Genève sont des auxiliaires de l'Armée du Salut.

En 1931, la ville de Bâle donne le titre d'assistante de police à une femme exerçant, depuis douze ans, les fonctions d'infirmière-visiteuse. La Bâloise, comme toutes les autres, n'appartient à aucun cadre féminin spécial, ce qui, d'ailleurs, ne veut pas dire que leur travail ne donne pas satisfaction. Tout en attribuant de l'importance aux diplômes et aux spécialisations, on ne doit pas oublier que le service social est souvent une véritable vocation, et les femmes touchées, si l'on peut ainsi dire, par le feu sacré, offrent plus de garantie que leurs collègues, aux diplômes multiples, mais sans un véritable dévouement à la cause.

Tout en rendant hommage aux qualités morales des assistantes sociales qui feront partie de la police, on ne négligera pas le côté financier du problème. Les assistantes doivent disposer d'un certain budget, et il est utile de prévoir, sinon un statut fixe, tout au moins une réglementation ayant cours dans les principaux centres. En Suisse, on est encore loin d'avoir abouti à une solution d'une portée générale, mais les divers cas méritent d'être cités. C'est ainsi qu'à Berne la nouvelle assistante de police a été nommée à la suite d'une vacance d'agent de police. A Lausanne, c'était un officier de police qui a été remplacé, mais le traitement accordé à l'assistante était celui d'un simple agent. Enfin, à Bâle, on attribua à une femme un poste, devenu libre, d'inspecteur de police, avec son traitement complet, qui est d'environ 35 000 francs français par an.

Les attributions des assistantes de police ne sont pas rigoureusement déterminées par un règlement, et elles varient selon les idées des chefs de police des divers cantons. C'est ainsi qu'à Berne l'assistante de police, en dehors du travail social courant, s'est spécialisée dans les affaires criminelles. Elle s'occupe de vols, procède aux enquêtes, fait des perquisitions et recherche les criminels. Elle a le droit et même le devoir d'arrêter et dispose aussi bien d'un revolver que de menottes. Toutefois, elles n'interviennent, en principe, que lorsqu'il s'agit de femmes et d'enfants.

b) Le domaine de l'enfance coupable et malheureuse.

En Suisse, comme dans tous les autres pays, l'enfance forme le domaine principal de l'activité de la police féminine : l'instruction d'une affaire, et l'interrogatoire des enfants (garçons jusqu'à huit ans ; filles jusqu'à quatorze ans). Lorsqu'on se trouve en face d'un délit de mœurs, les enquêtes sont menées entièrement par l'assistante de police. Les résultats une fois transmis au procureur, le rôle de l'enquêteuse n'est pas terminé : chose extrêmement importante, c'est elle qui comparaît à l'audience, à la place de l'enfant. On évitera ainsi à ce dernier toute la mise en scène, qui pourrait exercer une impression durable sur l'état d'esprit du petit ; mais n'oublions pas surtout que les moyens de défense seront aussi bons que possible. A cet effet, l'assistante étudiera suffisamment le cas pour répondre à toutes les questions, aussi bien sur le délit lui-même que sur les antécédents, la scolarité, les réactions de l'enfant, etc. Voilà une initiative extrêmement heureuse, et sans doute aucun, à la lumière de l'expérience suisse, on finira par trancher définitivement la question encore discutée sur l'opportunité de la comparution de l'enfant devant le tribunal.

Même sans aller devant le tribunal, l'assistante de police peut déjà exercer son action bienfaisante, surtout si elle reçoit des plaintes dénonçant l'enfant malheureux, exposé aux brutalités et aux mauvais traitements. Devant des situations aussi pénibles, elle ne se bornera pas à lancer des convocations ; elle procédera à une enquête discrète au foyer familial, chez les voisins, dans les écoles, en un mot, partout où l'on peut se renseigner. Peut-être sera-t-il nécessaire, à titre de conclusion, de transmettre le rapport au tribunal correctionnel, ou à l'office des Tutelles. Il n'est pas exclu également qu'il faudrait faire œuvre médicale ou pédagogique. Parfois, on fera disparaître une situation intenable, grâce à quelques conseils, quelques recommandations, ou, tout simplement, des adresses d'œuvres.

Si la justice condamne un enfant, l'assistante de police intervient pour enlever le petit aux parents de moralité douteuse. Les démarches sont beaucoup moins pénibles, aussi bien pour l'enfant que pour son entourage.

A côté de l'enfant, le service social ne néglige pas les familles d'inculpés. L'assistante de police est frappée par le grand nombre des familles qui perdent toutes leurs ressources, et par le grand nombre des enfants abandonnés, en cas de condamnation des parents. Il faut alors intervenir rapidement, en ayant recours aux œuvres spéciales.

c) L'action envers le suicide et la maladie.

L'histoire d'un candidat au suicide, qui échappe à la détermination fatale, montre combien il est utile de ne point abandonner un être, désaxé par l'idée de se supprimer. Toutes les enquêtes et recherches sur les tentatives de suicide, confiées à la police féminine, ont offert l'occasion de confirmer l'utilité des interventions prophylactiques énergiques, en temps utile. L'assistante commence par prendre l'initiative d'une consultation, ou bien

VARIÉTÉS *(Suite)*

d'une hospitalisation d'urgence ; si l'on se trouve en face de difficultés, d'ordre familial et social, on a recours au service compétent. Bien qu'un service social psychiatrique existe, on a jugé préférable de confier les personnes, obsédées par l'idée de suicide, aux assistantes sociales, qui exercent avantageusement une pression morale sur le malade. Bien entendu, elles demeurent en relations constantes avec le service psychiatrique, qui peut appliquer le traitement nécessaire, s'il y a lieu.

Certains candidats au suicide sont des psychopathes qui, de même que des aliénés, offrent de grandes difficultés, au moment de leur placement. L'assistante de police rend alors de très grands services, aussi bien pour le placement que pour le rapatriement dans le canton natal. Sa collaboration est surtout précieuse au moment où il faut faire des démarches à domicile, pour effectuer un placement d'office, ainsi que pour surveiller le malade, durant son voyage. Quand le malade refuse de suivre les infirmiers, le public, n'étant pas au courant de la véritable situation, trahit des signes d'émotion. L'assistante de police intervient alors, pour rassurer le public ou la famille, conseiller l'entourage, et éviter les réactions d'une foule ignorante.

Pour terminer avec les détails sur la mission délicate de l'assistante de police, notons sa participation dans la lutte contre la prostitution. L'assistante de police procède à l'interrogatoire immédiat des prostituées arrêtées pour la première fois. Si les femmes ont déjà encouru une condamnation, l'affaire est instruite par le tribunal compétent.

La législation bâloise interdisant la prostitution et toute manifestation de racolage, sur la voie ou dans les lieux publics, des rafles sont parfois pratiquées, pour lesquelles les policiers demandent à l'assistante son concours. Comme son collègue masculin, elle a le droit d'arrêter et de réquisitionner. Parfois, si une chance de succès se présente, on tente d'amener les prostituées à un autre genre de vie.

Le travail de la police féminine ne sera pas toujours aisé, et il faudra surtout se défendre contre l'amertume envahissante, et d'apparence par trop justifiée. On ne se laissera pas influencer par les sentiments affligeants de toute sorte, et l'on sauvera les uns et les autres, pour ainsi dire malgré eux.

ORIBASE ET L'HYDROLOGIE AU IVe SIÈCLE

M. le professeur Creyx, de la Faculté de médecine de Bordeaux, a bien voulu, très aimablement, nous faire parvenir deux thèses consacrées à l'histoire de l'hydrologie et qui entrent tout à fait dans le cadre de notre rubrique : *Sur les vieux chemins des fontaines de Jouvence.*

Il nous a été bien des fois enseigné que, si nous voyions plus loin et plus haut que nos pères, c'est que nous sommes montés sur leurs épaules et que, d'autre part, si nous tendons vers le sommet de la pyramide, c'est que, tout simplement, nos grands-pères en ont édifié les bases.

M. le Dr Yves Phélippaud, auteur de l'une de ces thèses, écrit, dans une introduction qu'il nous plaît de souligner, les lignes suivantes :

« *La médecine, dans son évolution, est étroitement liée à l'état de la civilisation. Nous agissons actuellement avec des moyens différents que le progrès des sciences nous a fournis. Mais combien de pratiques qualifiées de modernes ne le sont qu'en vertu de l'oubli ou de l'ignorance de leurs origines anciennes.* »

On sait la vaste érudition d'Oribase, son œuvre nous est un précieux enseignement. L'hydrologie devait, à son tour, pouvoir y puiser à pleines mains.

***

En quelques mots, rappelons la vie d'Oribase et son œuvre.

M. Phélippaud a très justement utilisé la biographie médicale de la collection Panckouke. A notre avis, il est difficile d'être plus complet.

Oribase naquit donc à Pergame, vers l'an 36 de notre ère. Cette ville, célèbre par son temple d'Esculape, avait vu naître le grand Galien, et l'esprit curieux de notre héros devait se diriger vers les sciences naturelles.

Oribase, à la demande de Julien, avait écrit quatre livres de commentaires sur la médecine de Galien.

Chacun le sait également : l'œuvre principale d'Oribase est constituée par une collection médicale comprenant 70 à 72 livres.

Esprit véritablement encyclopédique, Oribase reçut l'ordre de l'empereur de composer un traité où seraient réunies toutes les connaissances médicales de l'époque.

Esprit véritablement scientifique, Oribase basait la médecine *sur un harmonieux équilibre entre l'observation et le raisonnement.*

Énergique réaction contre ceux de ses contemporains qui prétendaient à la connaissance de la médecine et n'étaient médecins que de nom. « Notre auteur a composé des ouvrages aussi complets qu'il lui a été possible, compilateur plutôt qu'esprit original, mais tout de même encyclopédiste et éclectique, il est infiniment regrettable que l'œuvre d'Oribase ne nous soit parvenue qu'à l'état fragmentaire. »

Après nous avoir donné, sur l'origine de l'eau,

VARIÉTÉS *(Suite)*

son cycle dans la nature, ses propriétés, les détails les plus complets, Oribase nous entretient des eaux de plaine, des eaux courantes, des plantes qui croissent auprès de ces eaux. Eau de puits ou de pluie arrêtent l'auteur, qui constate que ces dernières sont les meilleures à boire.

Eviter, au contraire, écrit-il énergiquement, les eaux de fonte de la glace et de la neige, car elles sont très mauvaises. En ce point il se différencie pleinement de Celse et de Théocrite qui, eux, donnent la première place à cette sorte d'eaux, sur le même plan que l'eau de pluie.

Parmi les essais dont doit sortir victorieuse une eau potable, il en est deux d'observation facile, mais d'une grande valeur; ce sont, dit Oribase, *l'épreuve de la cuisson et l'essai par le vin* :

« *Les anciens avaient remarqué que les légumes, des graines de bonne qualité, cuisaient mal dans certaines eaux* : « *les substances cuisent très rapi- « dement dans les eaux excellentes, et très lentement « dans les eaux mauvaises* ». *Nous savons maintenant que ce retard à la cuisson doit être attribué aux sels de chaux et de magnésie, qui empêchent aussi le savonnage. Ces eaux sont appelées* « *dures* », *nom donné par analogie avec les graines qui cuisent difficilement dans une eau excellente.*

« L'essai par le vin *est cité à plusieurs reprises par Oribase. Les bonnes eaux* « *n'exigent pas beaucoup « de vin pour un bon mélange et supportent toute « espèce de vin* ». *Ailleurs, il rappelle que les eaux de pluie* « *exigent peu de vin pour former un bon « mélange* », *ce qui prouve leur grande valeur. Mais notre auteur ne fait qu'indiquer cette épreuve, sans donner aucun renseignement sur la manière dont elle était pratiquée.*

« *Elle était basée sur le fait suivant : quand on ajoute à l'eau du vin rouge, elle se colore d'autant mieux et plus vite qu'elle contient moins de sels minéraux. En mesurant la quantité de vin nécessaire pour obtenir la coloration, on peut établir une échelle comparative des diverses eaux. Cette méthode est analogue à celle pratiquée de nos jours avec une solution titrée de savon et appelée* hydrotimétrie.

« *D'après les recherches faites à Bordeaux, nous croyons pouvoir affirmer que cette méthode de coloration, malgré sa précision, était moins fidèle que l'hydrotimétrie actuelle, mais elle devait suffire aux contemporains d'Oribase, qui probablement ne cherchaient pas à en obtenir des résultats quantitatifs.* »

Nous passons rapidement sur les diverses propriétés que les eaux peuvent posséder en elles-mêmes. Un mot cependant sur les eaux prodigieuses : « les eaux du fleuve Sybaris rendent les hommes chastes ». Tous les anciens ne sont pas de cet avis et certains prétendent même le contraire. « En Ethiopie, une eau produisait la folie. » Chez les Lyncestes, une eau enivre ceux qui en boivent. En Arcadie, une eau devenait très précieuse pour guérir ceux qui faisaient un usage immodéré du vin, puisque l'eau de Clitorium produisait, chez les baigneurs, l'aversion même de l'odeur du vin.

***

Mais voici le pas franchi, nous en arrivons aux eaux minérales naturelles.

Il faut citer, ici, le passage entier de la thèse de M. Phélippaud :

« Oribase distingue des eaux minérales chaudes et froides. Et voici la classification qui servira en thérapeutique.

« Les *eaux alcalines et salines* correspondent à nos eaux sodiques et magnésiennes, et sulfatées calciques, appelées déjà, par les anciens, *séléniteuses*.

« Les *eaux alumineuses* et *bitumineuses* reçoivent des indications précises, mais nous pouvons difficilement trouver leurs correspondantes dans les classifications actuelles.

« Les *eaux vitrioliques* et *ferrugineuses*, dans lesquelles Oribase semble considérer le fer et le cuivre comme les seuls éléments actifs, n'existent plus de nos jours sous ces formes. On trouve bien encore des eaux ferrugineuses où le fer domine les autres éléments, mais les eaux cuivreuses ne sont pas simples et rentrent toutes dans le groupe dichrématique d'Arnozan et Lamarque.

« A côté de ces eaux simples, monochrématiques suivant l'expression actuelle, se placent d'autres eaux « composées de diverses propriétés » et dont l'action est due à la substance prédominante. Ce sont elles que nous appelons maintenant di- ou polychrématiques.

« Après cette étude plutôt sommaire des eaux minérales, Oribase ne cite même pas de nom de source. Accidentellement, il nous apprend que les eaux de « Népètes, d'Albula en Italie, les sources de Macédoine, de Crète, de Thrace, ainsi que celles d'Anchialus, sont sulfureuses ou alumineuses froides ». Il parle aussi des eaux de Mytilène sans nous indiquer leur composition.

« Nous savons, enfin, que les sources se trouvent, pour la plupart, dans des endroits insalubres et marécageux.

« Notre auteur avait certainement une connaissance profonde des eaux minérales, mais il n'en a donné dans ses œuvres qu'une étude générale et peu poussée au point de vue hydro-géologique pur.

« Comme les alchimistes et plus tard les chimistes, notre auteur essaie de fabriquer les eaux miné-

rales et nous donne quelques indications très rapides sur les eaux de mer.

***

Les eaux minérales employées à l'intérieur.

« Les eaux minérales étaient certainement très utilisées en boissons. Oribase nous le laisse entrevoir dans cette phrase : « Comme les eaux minérales froides ou chaudes qu'on prend en boisson « ne sont pas suceptibles d'une classification générale, nous en reparlerons en traitant chaque cas « en particulier. » Mais, à part deux ou trois indications particulières, nous ne trouvons rien sur cet emploi des eaux minérales à l'intérieur. Nous déplorons à cette occasion la perte de la plus grande partie de la *Collection médicale*, qui contenait peut-être des renseignements. Cependant le *Synopsis*, qui paraît être un résumé suivi de l'ouvrage précité, nous en donne fort peu. Il faudrait donc en conclure qu'Oribase a étudié la question.

« *Dans « la mauvaise complexion », c'est-à-dire au début des maladies hydropiques, on avait recours à l'emploi des eaux alumineuses ou alcalines, et plus tard aux eaux sulfureuses. Ces eaux étaient certainement administrées par la bouche.*

« *Le malade atteint d'éléphantiasis est soulagé par « les eaux d'Albula sous forme de boisson ». Contre l'obésité, « si on a de l'eau minérale à sa disposition, on en prendra du même genre que celle de Mytilène ».*

« D'après leurs indications, nous estimons que les eaux minérales suivantes pouvaient être prises par la bouche.

« *Les eaux alcalines et salines sont employées contre l'hydropisie et la pituite. Les eaux sulfureuses « retournent l'orifice de l'estomac et l'affaiblissent ». Les eaux ferrugineuses sont administrées dans les « maladies de l'orifice de l'estomac et de la rate ». Les eaux alumineuses conviennent contre les crachements de sang et les vomissements. Mais encore une fois nous ne faisons que présumer cet emploi des eaux minérales pour l'usage interne. Des preuves explicites nous manquent pour l'affirmer.* »

***

De la technique des bains.

« Le *bain complet* était une opération compliquée comprenant quatre parties. Les établissements de bains étaient conçus de manière à permettre au public de se baigner rationnellement. Après s'être déshabillé, on entrait dans une salle, le « laconicum », où l'air était surchauffé. Le sol formait la voûte d'un four, et les ouvertures amenaient de l'air chaud. Cette salle, de forme ronde, présentait sur son pourtour des gradins. Ceux-ci permettaient de se placer à la température désirée. Dans cette étuve sèche, la sudation était très active : l'air chaud liquéfie les matières dans tout le corps, raréfie la peau et évacue une partie de ce qui est dessous (ceci paraît plus conforme à la description du Vaporarium, d'après, tout au moins, Vitruve).

« Ensuite on passait au bain proprement dit. Dans le « caldarium » se trouvaient des baignoires et des piscines remplies d'eau chaude, fournie par de véritables chaudières tubulaires auxquelles fait allusion Sénèque dans ses *Questions naturelles*. On entrait dans l'eau et on se tenait le plus possible au repos. En effet, ce bain agit « par ses propriétés humectantes » en introduisant « une vapeur profitable dans les parties solides de l'organisme ». Sauf le cas de malpropreté, « il était inutile de frotter le corps avec une matière détersive ». Ce dernier point concernait surtout les malades, pour qui le bain était un moyen thérapeutique autant qu'une pratique de propreté. La température de l'eau ne devait pas être trop élevée, car le bain perdait ses propriétés humectantes, et les « matières excrémentitielles n'étaient pas évacuées au dehors ».

« Après le bain chaud, il fallait prendre un bain froid, pour resserrer la peau, la ramener à son état naturel et éviter un refroidissement exagéré, en provoquant ce que nous appelons une réaction. Pour cela, le baigneur passait dans une troisième salle, le « frigidarium », et se précipitait dans une piscine d'eau froide s'il était bien portant. « Il refroidissait son corps ramolli par l'eau chaude, et augmentait ses forces. »

« Enfin on entrait dans une pièce à température moyenne, où l'on se faisait essuyer la sueur, car, « après l'usage de l'eau froide, on doit transpirer si le bain a été bien appliqué ».

« C'était aussi dans le « tepidarium » que l'on s'habillait.

« *Les anciens prenaient des bains fréquents. Oribase, citant Antyllus, parle d'un malade qui prit huit bains dans l'espace d'un seul jour pour calmer de fortes crampes. Par contre, Sénèque, dans ses épîtres, rapporte que les Romains prenaient un bain tous les neuf jours (jours de marché), et les autres jours se lavaient seulement les bras et les jambes.*

« En *thérapeutique*, le bain tenait une large place. Il agit soit en humectant le corps, soit en évacuant des matières excrémentitielles par la sueur.

« On donne au malade le bain complet, mais, au lieu de le plonger directement dans l'eau froide, on établit une graduation en passant par un bain

VARIÉTÉS *(Suite)*

tiède intermédiaire, car « les malades ne supportent pas sans inconvénient le contact de l'eau froide ». Naturellement, le malade ne doit pas faire de mouvement : « L'action relâchante et amollissante du bain ne peut se faire sentir quand les muscles se tendent. » Après le bain, si l'on veut faire transpirer le malade, on l'enveloppe de laine. Sinon, l'on se contente de l'essuyer et de le frotter avec de l'huile.

« Chez l'enfant, le bain chaud avec affusions chaudes sur la tête est souverain contre la toux et le rhume de cerveau.

« On employait beaucoup les bains dans les maladies fébriles. Notre auteur indique la rémission comme la seule période propice à leur administration.

« Ils servent à hydrater le malade ou à combattre la fièvre en lui opposant un contraire. Dans ce dernier cas, on comprendrait mieux leur emploi à une période antérieure à la rémission. D'autre part, le relâchement de la peau et la sudation « évacuant des matières, sont très utiles dans les fièvres ». Un état inflammatoire ou de la péthore contre-indiquent le bain, car il est alors dangereux de réchauffer le corps. On n'en donnera pas dans les fièvres ardentes avec inflammation, ni dans les fièvres érysipélateuses. »

***

Si l'empirisme est à la base de toute pratique curative, l'expérimentation est à la base de toute science médicale.

L'empirisme a précédé l'expérimentation.

L'expérimentation nous donne l'esprit critique et celui-ci nous ouvre la barrière vers la vérité... ce que nous croyons être la vérité, c'est-à-dire les lois de la nature.

Mais quand nous sera-t-il donné de connaître la nature des lois ?

Dr MOLINÉRY (Luchon).

LA MÉDECINE AU PALAIS

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE
LES TRAITEMENTS PAR ONDES ET RADIATIONS

Le principe reconnu est que tout traitement médical est interdit aux non-diplômés, mais l'appréciation des faits a permis les interprétations les plus contradictoires de ce principe : les uns pensant qu'un moyen curatif qui n'apparaît pas comme médical ne constitue pas l'exercice illégal, les autres assimilant au traitement médical tout moyen employé dans le but de guérir.

Nous avons déjà examiné un arrêt de la Cour de Paris qui, le 11 mars 1935, avait condamné une guérisseuse qui traitait les malades en apposant simplement ses mains sur le corps du malade.

Cet arrêt avait posé en principe que « tout procédé quelconque, tout acte tendant à la guérison ou à l'atténuation d'un état de maladie ou de malaise est prohibé ».

La même inculpée a comparu, depuis, devant le tribunal d'Alençon : c'était une ancienne institutrice italienne qui s'était établie à Sées et qui, sous le nom de « Madame Maria », recevait chaque jour une vingtaine de malades.

La situation de Mme Maria à Sées était assez spéciale, elle ne faisait aucune publicité, elle ne se vantait d'aucun pouvoir, elle ne prescrivait aucun régime, ni médicament, elle se contentait d'amener le soulagement ou la guérison par l'apposition des mains sur le corps du malade, une main sur les vêtements au siège de la douleur, l'autre à la nuque ; après vingt minutes, elle acceptait une offrande spontanée. Certains malades vinrent la voir pendant des mois, d'autres pendant des années.

Il y avait évidemment un but curatif et une direction suivie, mais le tribunal d'Alençon n'a pas suivi le critérium donné par la Cour de Paris pour reconnaître qu'il y eût « traitement ».

Dire qu'est traitement médical tout procédé quelconque tendant à la guérison d'un mal ou à l'atténuation d'un état de maladie lui a paru dangereusement large.

En effet, l'inculpée avait fait plaider que, dans ce cas, la mère qui soigne son enfant, la garde qui passe la tisane, l'infirmière qui pose des ventouses, le prêtre qui bénit et prie seraient condamnables.

Il faut donc, pour qu'il y ait délit, qu'il existe « un traitement médical » qui, seul, est réservé aux médecins diplômés.

Mais qu'est-ce exactement que le traitement médical ?

Pour M. Perreau, il n'est de traitement médical que là où il y a cure en usage dans l'art médical, de sorte que seul est traitement médical le moyen curatif qui, bien employé, peut procurer un soulagement et qui, mal employé, est susceptible de nuire au malade.

Cette distinction entre le traitement non médical et le traitement médical explique les acquittements admis par la Cour de cassation.

Dans l'affaire du berger Morel (*Cass.*, 25 juin 1908, *Gaz. Pal.*, 1908.1.97), la Cour a relevé que

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

le prévenu se croyait un pouvoir surnaturel, il ne transmettait aucun fluide aux malades, il n'employait aucun moyen thérapeutique, mais il plaçait les mains sur le siège de la douleur en invoquant un esprit qui intervenait favorablement pour le malade.

Dans l'affaire Richer (*Cass.*, 3 avril 1925, *Gaz. Pal.*, 1925.22.56), la prévention n'avait relevé ni massages, ni radiations, ni passes magnétiques, mais cette femme, enfantine et hystérique, était persuadée qu'elle possédait un pouvoir surnaturel, de sorte qu'elle disait des prières, vendait des cierges, invoquait des saints.

Il n'y avait donc aucun traitement médical au sens donné par M. le professeur Perreau. Au contraire, l'inculpée d'Alençon n'était ni hystérique, ni inspirée par les divinités, mais elle usait d'un pouvoir magnétique, et, de fait, un témoin physicien avait affirmé qu'elle émettait des radiations puissantes ; par conséquent, le tribunal a vu dans les radiations, dans l'utilisation des ondes pour une fin curative, la preuve de l'existence d'un véritable traitement médical.

Le jugement du tribunal d'Alençon (*Gaz. Pal.*, 14 décembre 1935), est ainsi libellé :

« Attendu que Maria Vercellinatti, femme Fornerod, Italienne de naissance, Suissesse par son mariage, ancienne institutrice à Genève, est venue, après de courtes études d'herboriste et sans posséder aucun diplôme médical, s'établir à Sées en 1929 ; que, depuis cette époque, et notamment pendant les trois années qui ont précédé la poursuite, connue de toute la région comme « guérisseuse » sous le nom de « Madame Maria », elle a reçu chez elle un grand nombre de malades, vingt par jour en moyenne, malades atteints des affections les plus diverses, souvent considérés comme incurables ; qu'elle les a soignés, voire guéris ;

« Attendu que Maria Fornerod, ayant dans le même temps ouvert à Paris un bureau de consultations, a été traduite devant le tribunal correctionnel de la Seine pour exercice illégal de la médecine ; que ledit tribunal l'a acquittée ; que, sur appel du Syndicat des médecins de la Seine, partie civile, et du ministère public, elle a été condamnée par la Cour de Paris, le 11 mars 1935 (*Gaz. Pal.*, 1935.1.825), à 25 francs d'amende avec sursis ; que l'arrêt est frappé d'un pourvoi en cassation.

(*A suivre.*)

ADRIEN PEYTEL,
Avocat à la Cour d'appel.

ÉCHOS

VŒUX DU PARTI SOCIAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Vœu relatif aux locaux scolaires.

Considérant que le malmenage scolaire dans les écoles primaires est dû pour une large part aux classes surpeuplées ;

Considérant que la pénurie des locaux scolaires va se trouver aggravée par la prolongation de la scolarité,

Le *Parti social de la Santé publique* émet le vœu que les élèves des écoles primaires — à l'exception de ceux qui ont à passer en fin d'année le certificat d'études — n'aient à suivre que des *classes de demi-journée*.

Cette mesure permettrait d'utiliser les locaux actuels pour un plus grand nombre d'enfants, et éviterait la construction de nouveaux bâtiments scolaires onéreux. Elle nécessiterait uniquement des installations simples pour la pratique des travaux manuels, des exercices physiques et des jeux dirigés.

Vœu relatif à l'alimentation des enfants.

Le *Parti social de la Santé publique*, convaincu que la croissance d'un grand nombre d'enfants durant la période scolaire est retardée par la sous-alimentation et que celle-ci a une répercussion fâcheuse sur leur état de santé, exprime le vœu que des organisations soient réalisées dans toute la France pour fournir, le matin, à midi et au goûter, aux élèves des écoles maternelles et des écoles primaires insuffisamment nourris les aliments nécessaires pour que leur ration soit convenable.

Vœu relatif à la révision de la loi de 1902.

Le *Parti Social de la Santé publique*, considérant que les maires soumis à l'élection ne peuvent, dans la grande majorité des cas, prendre les mesures nécessaires en matière d'hygiène, émet le vœu que soit revisée au plus tôt la *loi de* 1902 sur l'organisation de l'hygiène en France et que les maires ne soient plus à l'avenir que des agents d'exécution en matière de santé publique.

Vœux adoptés par le parti social de la santé publique pour l'établissement d'une nouvelle charte scolaire.

Le *Parti social de la Santé publique*, réuni en Congrès annuel le 8 juillet 1936, a émis les vœux suivants :

Considérant que l'enseignement actuel est un enseignement déshumanisé et déséquilibrant, qui, perdant de vue l'unité organique de l'enfant et ses conditions de développement, le soumet à un dressage abstrait, uniquement orienté vers l'examen et le concours ;

Considérant que l'école doit être adaptée à l'enfant et non l'enfant à l'école ;

Que les programmes ne doivent jamais être envisagés comme des buts, mais uniquement comme des moyens ;

ÉCHOS *(Suite)*

Considérant que le régime scolaire actuel risque de porter gravement atteinte à la vitalité physique et morale de notre jeunesse et qu'il tend à nous mettre en infériorité par rapport aux peuples voisins ;

Estimant que l'école, non seulement ne doit pas nuire à la santé de l'enfant et à sa croissance, mais qu'au contraire elle doit être utilisée pour protéger la première et améliorer la seconde ;

Le *Parti social de la Santé publique* estime de son devoir d'attirer l'attention du ministre de l'Education nationale et du ministre de la Santé publique sur la nécessité urgente de condamner des rites pédagogiques désuets, *de faire pénétrer de l'air dans les programmes, de l'air dans les poumons*, et de remédier aux conséquences néfastes du surmenage et du malmenage scolaires en réalisant les réformes suivantes :

1° *Allégement des programmes* de toutes les classes et allégement corrélatif des programmes d'entrée aux grandes écoles ;

2° *Dédoublement des classes* surpeuplées et limitation du nombre d'élèves par classe à trente ;

3° *Multiplication des établissements et des classes de plein air* ;

4° Création de *classes de demi-journée* pour les enfants des plus petites classes des écoles ;

5° Création de *classes extra-scolaires* permettant de réserver un certain nombre d'après-midi à des séances de jeux et d'exercices physiques dirigés ou de les consacrer à des visites de musées, d'expositions, d'usines ou à des voyages en train, en autocar ou en bateaux ;

6° Utilisation plus profitable *des heures de classes scolaires* ;

7° Répartition judicieuse des *compositions* dont la préparation ne doit pas entraîner un surcroît brusque de travail ;

8° Suppression des *travaux à domicile* pour les petites classes. Réduction de moitié pour les grandes classes.

9° *Organisation rationnelle de la gymnastique* avec obligation de faire porter aux élèves une tenue spéciale et interdiction de faire des cours immédiatement après le repas.

10° Aménagement de *terrains de jeux* et de *stades scolaires*, munis de vestiaires, de douches et de lavabos permettant aux élèves de pratiquer l'après-midi, par roulement, les jeux et les exercices physiques dirigés, même en dehors des jours de congé ;

11° Désignation *d'inspecteurs du travail scolaire* chargés de veiller à l'application des mesures destinées à supprimer le surmenage et le malmenage scolaires ;

12° Généralisation de l'*inspection médicale scolaire* ;

13° Institution d'*examens médicaux périodiques* de tous les élèves sans exception, avec établissement d'un *carnet sanitaire* pour surveiller la santé des enfants, suivre leur développement, contrôler ou appliquer les mesures de prévention, éviter les abus des exercices physiques et des sports, faciliter l'orientation professionnelle ;

14° Institution d'*assurances scolaires obligatoires* pour tous les élèves afin d'assurer tous les risques scolaires et extra-scolaires et couvrir la responsabilité des maîtres et des surveillants ;

ÉCHOS *(Suite)*

15° *Formation pédagogique des professeurs* mieux réglée et organisation dans ce but de stages dirigés ;

16° *Education des parents* qui, trop souvent, soumettent l'organisme des jeunes enfants à des fatigues excessives et leur système nerveux à des tensions trop fortes ou trop répétées (sorties trop fréquentes ou trop tardives ; spectacles inappropriés, etc...).

DES PROFESSEURS ET MÉDECINS ITALIENS VISITENT LA STATION THERMALE DE VICHY

Sous le patronage du Comité France-Italie, M. le Dr Martiny, secrétaire général de la Section médicale, avait organisé une visite à Vichy de très distingués professeurs et médecins italiens. Ceux-ci sont arrivés à Vichy le mercredi matin 9 septembre. Leur groupe était composé de hautes personnalités du Corps médical italien, ayant à leur tête MM. les professeurs Adriano Valenti, directeur de l'Institut de pharmacologie de l'Université royale de Milan, président, et Célestino Gozzi, secrétaire général de l'Association médicale italienne d'hydrologie.

Après les présentations et souhaits de bienvenue, les visiteurs ont été installés à l'Hôtel Radio par les soins de la Compagnie Fermière de Vichy. Dans l'après-midi, ils ont procédé d'abord à la visite des Sources de l'Etat, et, à 17 heures, à celle du Sporting-Club de Vichy, où ils prirent le thé au Club-House du Golf.

Le soir, à 20 heures, un banquet leur était offert par la Compagnie Fermière, dans les salons du Grand Casino. Il était présidé par M. Normaud, directeur administratif de la Compagnie, qui avait, à sa droite, le professeur Valenti, et à sa gauche, M. Cirla, agent consulaire d'Italie, spécialement délégué par le Gouvernement italien. Au champagne, des discours furent prononcés par MM. Normand, le Dr Binet, président de la Société des sciences médicales ; le Dr Martiny ; le professeur Valenti, qui se livra à une improvisation d'une belle envolée oratoire ; M. Cirla, qui, au nom du Gouvernement italien, remercia la Compagnie Fermière pour son accueil chaleureux et exalta l'amitié des deux sœurs latines, faites pour s'entendre admirablement.

Le programme de la journée du jeudi 10 septembre comprenait la visite des différentes installations industrielles et thermales : Ateliers d'embouteillage et d'expédition des eaux de Vichy-Etat ; Centrale Thermique ; Etablissement de 1re classe et Etablissement « Callou » ; Laboratoire de Recherches Hydrologiques.

A 11 heures, ces éminents médecins furent reçus par la Société des Sciences médicales dans ses nouveaux locaux, mis à sa disposition et aménagés par la Compagnie Fermière, et qui comprennent la Bibliothèque de la Société et une vaste salle de conférences. Après avoir salué ses distingués confrères italiens, le Dr Binet leur a fait une très intéressante conférence sur les indications de la cure de Vichy, appuyée par de nombreux exemples tirés de la pratique.

Le soir, à 20 heures, les professeurs et médecins italiens assistaient au Théâtre du Casino à une splendide représentation de *Louise*, de Gustave Charpentier, qu'ils suivirent avec un vif intérêt.

La journée du vendredi 11 septembre était réservée à une excursion en Bourbonnais. Favorisée par un temps radieux, ce fut une randonnée enchanteresse à travers les merveilleux paysages de cette région, qui offre de si belles richesses touristiques. Un arrêt eut lieu au château de Boisy, du XVe siècle, où un déjeuner leur fut offert, dont le menu était un véritable chef-d'œuvre gastronomique.

Les professeurs et médecins italiens ont quitté Vichy à 19 h. 35 pour regagner Milan.

Ce voyage d'études médicales, qui s'est déroulé dans une atmosphère de très cordiale sympathie, a été une très belle manifestation d'amitié franco-italienne.

Le Congrès de l'Association des médecins amis des vins de France. — Le IIIe Congrès national de l'Association des médecins amis des vins de France a eu lieu ces jours-ci, à la Bourse de commerce de Dijon, sous la présidence du professeur Portmann, sénateur de la Gironde, aux côtés duquel on remarquait notamment, M. Surchamp, préfet de la Côte-d'Or, le Dr Chauveau, sénateur, président du Conseil général, M. Gaston-Gérard, député, ancien sous-secrétaire d'Etat. Deux cent cinquante médecins venus de toutes les régions de la France et aussi de Suisse, sont présents.

Le Dr Eylaud, secrétaire général de l'Association, a éloquemment rappelé l'activité et les travaux de l'association et les résultats déjà obtenus. Mais la lutte n'est pas encore terminée et il faut que les médecins amis du vin poursuivent leur tâche avec foi et avec ardeur.

Le professeur Portmann s'attacha ensuite principalement à démontrer la fausseté de la doctrine suivant laquelle consommation du vin et alcoolisme sont la même chose. Il exposa que l'association s'est fondée pour réhabiliter le vin contre ses détracteurs. C'est pour les médecins un devoir de justice et aussi un devoir professionnel, car les médecins, gardiens de la Santé publique, doivent s'élever de toutes leurs forces contre l'alcoolisme qui, dit-il, est, dans un pays, en raison inverse de la quantité de vin qu'on y consomme.

En terminant, le professeur Portmann indiqua qu'un récent referendum provoqué par le Dr Eylaud parmi les médecins a donné comme résultat 95 p. 100 des voix en faveur du vin.

Après ces deux discours, le congrès commença ses travaux et discuta huit rapports sur le vin et le raisin thérapeutique.

La séance fut suspendue à midi et reprise à 15 heures, après une visite que les membres du Congrès ont faite au musée de Dijon.

Après un rapide examen de questions administratives, il fut décidé que le prochain Congrès se tiendrait à Alger en 1937, et en Champagne, en 1938. Le président, M. Georges Portmann, demanda qu'un rapport unique soit établi pour chaque Congrès, autour duquel aura lieu la discussion. Cette proposition est adoptée.

Les maisons de santé et les nouvelles lois sociales. — La Fédération intersyndicale des maisons de santé de France, qui groupe tous les syndicats patronaux des maisons de santé, fait savoir qu'elle a été convoquée le 22 juin 1936 par le ministre de la Santé publique pour se rencontrer en commission paritaire, sous l'arbitrage du ministre, avec des représentants des employés des mai-

ÉCHOS *(Suite)*

sons de santé désignés par le ministre, dans le but de rechercher un accord pour l'application des nouvelles lois sociales.

Après une semaine de pourparlers, un projet de convention collective de travail, conformément à la loi, a été établi, et une échelle de salaires minima a été fixée pour la région parisienne avec effet au 1er juillet 1936.

En ce qui concerne la province, il a été spécifié que ce projet de convention servirait de base ; mais que, dans chaque région, se tiendrait, à la préfecture la plus importante, une commission paritaire régionale qui aura à fixer des salaires régionaux.

La fédération se tient à la disposition des groupements régionaux.

Elle pourra les assister dans les discussions des accords.

Les membres de ces groupements régionaux devront faire partie d'un groupement national ou professionnel affilié à la fédération.

En ce qui concerne la région parisienne, il est conseillé de faire l'application dès maintenant et à dater du 1er juillet du contrat collectif type.

Dans tous les cas, si une difficulté survient, pour l'une des maisons de santé adhérentes aux syndicats patronaux groupés dans la fédération, la direction n'a qu'à demander conseil et assistance au secrétariat de son syndicat patronal.

Quant aux maisons de santé non syndiquées, on ne peut que rappeler à leurs propriétaires les *inconvénients actuels* qu'il y a à demeurer *isolés* et les inviter, dans leur intérêt, pour être renseignés et assistés, éventuellement, à adhérer à un des syndicats ci-dessous :

Association professionnelle des directeurs et médecins des maisons de santé privées pour maladies mentales et nerveuses. Secrétariat : Dr Bussard, 8, rue du 11-Novembre, à Bellevue-Meudon (Seine-et-Oise) ;

Syndicat des médecins directeurs des maisons de santé privées de France (ne groupant que des médecins de toutes catégories). Secrétariat : Dr Tarrius, 22, avenue Junot, Paris (XVIIIe) ;

Syndicat général des maisons de santé de France (groupant toutes maisons de toutes catégories). Secrétariat : Dr Desgranges, 18, rue du Belvédère, Boulogne-sur-Seine (Seine) ;

Syndicat des médecins de sanatoria assimilés et agréés et privés de France (ne groupant que des médecins) Secrétariat : Dr Chapuis, sanatorium de Villiers-sur-Marne, par Charly (Aisne) ;

Syndicat des sanatoria privés et agréés de France. Secrétariat : Dr Chatard, à Cambo (Basses-Pyrénées).

REVUE DES THÈSES

L'emploi de l'amidopyrine lactique dans le traitement de la typhoïde (Dr JEAN-RENÉ BERNARD (1) *Thèse de Paris* 1935).

Depuis trente-cinq ans, dit le Dr Bernard, le traitement de la fièvre typhoïde n'a pas beaucoup évolué : bains ou enveloppements froids, tonicardiaques, antiseptiques légers, glace, soins de bouche, du nez, et enfin diète hydrique tout au moins pendant les deux premiers septenaires.

Une grave épidémie survenue au Havre en 1934 lui a donné l'occasion de soigner 40 typhiques dans un délai relativement court.

Il ne pouvait être question de les baigner systématiquement, les moyens en personnel et en matériel de l'hôpital du Havre ne le permettaient pas.

Il eut alors recours à un antithermique : l'amidopyrine lactique (érythra) qu'il avait déjà vu employer avec succès dans la rougeole. L'amidopyrine lactique lui parut particulièrement intéressante en raison de sa forme liquide, de ses propriétés antithermiques puissantes et précoces, de son action neurotrope renforcée par sa solution de *p*H acide. Son élimination est parfaite par le rein, sa tolérance même chez les enfants est très grande.

Grâce à cet agent thérapeutique, il réussit ainsi chez ses 40 malades à ramener la température vers la normale sans bain, ni enveloppement froid, par action directe sur le centre thermo-régulateur.

Comme conséquence, il lui apparut que ses malades étaient beaucoup moins déprimés, ils ne présentèrent pas de céphalée, pas d'agitation, et gardèrent, au contraire, une certaine euphorie. Les malades manifestant un certain appétit dès le deuxième septennaire, il put enfin, à l'encontre des données classiques, les soumettre à une alimentation relativement substantielle. La convalescence fut facile et rapide.

Aussi, devant ces résultats, s'élève-t-il avec vigueur contre la défaveur des antithermiques dans la fièvre typhoïde.

On les a accusés en effet de masquer la chute thermique, symptôme d'alarme d'hémorragie ou de perforation.

Outre que le bain, traitement pourtant classique, offre le même inconvénient, la chute thermique n'a rien de caractéristique par elle-même, elle peut avoir d'autres causes que ces complications. Il est dangereux, au dire de l'auteur, de se priver systématiquement des bénéfices certains de l'érythrothérapie à cause de ces complications problématiques.

Bernard n'a d'ailleurs eu à déplorer ni perforation, ni hémorragie chez ses 40 malades.

Par contre, il remarqua que le fait de voir diminuer l'action de l'amidopyrine et la fièvre remonter de façon durable (quarante-huit heures au moins) décelait une complication hyperthermisante (abcès, pleurésies, broncho-pneumonies, etc.).

Il a employé une solution d'érythra titrée à un centigramme par goutte, en donnant dans un demi-verre d'eau sucrée quatre gouttes par année d'âge chez l'enfant, et soixante à quatre-vingts gouttes chez l'adulte, jour et nuit, toutes les huit heures, pendant au moins vingt jours.

Il conclut : « Médicament maniable et ne nous ayant jamais semblé déprimer le cœur, l'érythra donne des résultats intéressants qui nous font souhaiter son emploi

(1) Nous relevons avec plaisir dans la dernière promotion des médailles d'honneur des épidémies le nom du docteur Jean Bernard, ancien Interne des Hôpitaux du Hâvre.

REVUE DES THÈSES *(Suite)*

courant dans la thérapeutique du praticien autant en ville qu'à la campagne, pour toutes les typhoïdes. »

Contribution à l'étude chimique de la sueur humaine par JEAN COURAUD, licencié èssciences, médaille d'or de la Faculté de médecine de Bordeaux. Travail du laboratoire de chimie biologique et médicale (*Thèse de la Faculté de médecine de Bordeaux*).

M. le professeur Delaunay, professeur de chimie biologique à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux, en inspirant ce travail à l'un des plus brillants élèves de sa Faculté, a voulu apporter une contribution nouvelle à l'étude chimique de la sueur humaine.

M. Couraud rappelle, dans un bien intéressant historique, les premières expériences de Sanctorius. Celles-ci datent du début du XVIIe siècle. Très rapidement l'auteur en arrive au XIXe siècle où de savants auteurs identifient les divers éléments de la sueur. Enfin, la quatrième période est l'époque de la microchimie, tout entière dominée par les travaux américains de Talbert.

Très rapidement M. Couraud signale la préparation du sujet, la méthode de sudation, l'appareil de sudation, la récolte de la sueur. L'auteur s'étant intéressé aux étuves et aux galeries de Plombières et Luchon a pu, lui-même récolter dans les galeries du Vaporarium, grâce au petit appareil que nous avons construit, une quantité de sueur suffisante pour en permettre une analyse aussi complète que possible. Au reste, les travaux de Maurin, Delas et Crispon, de la Faculté de Toulouse, l'avaient déjà précédé dans cette voie.

M. Couraud rappelle les travaux de François Franck et de Arloing et essaie d'étudier les discordances qui ont été signalées : *p*H, acidité, retiennent longuement M. Couraud, en particulier l'acide lactique. M. Delaunay nous avait déjà fait observer, à Luchon, que la différence considérable qu'il y a entre la sueur provoquée par le travail et la sueur provoquée par le vaporarium (complexe radio-actif sulfuré hyperthermal) résidait précisément dans la présence de l'acide lactique : celui-ci ne se trouvant qu'*à l'état de trace dans la sueur provoquée au vaporarium*, alors que son dosage est important dans la sueur provoquée par le travail ; d'où, en thérapeutique, il importe de ne pas avoir à constater cette production d'acide lactique.

Dans leur laboratoire, MM. Maurin et Delas, de Toulouse, étudiant les échantillons prélevés sur des malades ayant séjourné de neuf à vingt minutes dans le vaporarium de Luchon, ont signalé des quantités d'acide urique variant depuis des traces jusqu'à 3 milligrammes par 100 centimètres cubes de sueur.

M. Couraud a étudié le volume de la sueur provoquée. Nous pouvons, à ce sujet, apporter quelques précisions, puisque sur plus de 200 observations nous avons noté qu'en moins de trente minutes (séjour dans les galeries, séjour dans la cabine de repos), le liquide sudoral éliminé variait de 500 à 2 100 grammes, *la moyenne se concrétisant environ au centième du poids total.*

Chlorure, phosphate, sulfate, carbonate, sodium, potassium, calcium, magnésium sont relevés par l'auteur. Les éléments azotés font l'objet d'une longue étude.

M. Couraud entre ensuite dans de nombreux détails qui ont très grand intérêt, mais que nous ne pouvons que signaler ici. La composition de la sueur varie-t-elle :

1° suivant les parties du corps ?

2° suivant le moyen de sudation employé ?

3° suivant la quantité de sueur émise ?

4° suivant l'alimentation du sujet ?

5° suivant l'âge ou le sexe du sujet ?

6° suivant la température à laquelle s'effectue la sudation ?

Et la conclusion en est la suivante : la composition de la sueur varie suivant les parties du corps.

La sueur de la chaleur, quelle que soit la méthode de sudation employée, est fixe dans sa constitution chez un même individu. La température à laquelle s'effectue la sudation, l'âge et le sexe du sujet ne paraissent pas avoir une grande influence sur la composition de la sueur. Mais nous ajouterons qu'il est extrêmement intéressant de voir : 1° que dans les galeries naturelles du radio-vaporarium sulfuré de Luchon, la sueur commence, chez l'homme, entre la troisième et la cinquième minute, chez la femme entre la septième et la dixième minute ; 2° que les femmes,dont la sueur est ralentie davantage encore — ou insuffisante, à la fin du séjour dans les galeries, sont, le plus souvent, *de grandes disovariennes.*

M. Couraud termine son étude par l'examen des sueurs pathologiques. Cet auteur veut bien consacrer un paragraphe tout particulier aux analyses que nous avons relevées et dont divers laboratoires, à Paris, à Limoges, à Toulouse ont recueilli les éléments constitutifs...

Si déjà, cliniquement, les malades qui ont séjourné au radio-vaporarium sulfuré de Luchon ont éprouvé des modifications somatiques extrêmement importantes, si déjà les modifications de la tension artérielle ont été enregistrées et contrôlées par centaines, nous pourrions ajouter, après la récente communication de M. le professeur agrégé Sendrail, de la Faculté de Toulouse, que les analyses de sang nous ont confirmé dans ce que nous pouvions espérer : *à savoir une véritable désintoxication organique expérimentale.* En effet, à la Société de biologie de Paris, le professeur Sendrail a montré que dans 90 p. 100 des analyses relevées par lui-même, prise de sang avant l'entrée au vaporarium, prise de sang demi-heure après cette même entrée au vaporarium, l'*urée*, le *sucre* et le *cholestérol* ont diminué dans une proportion qui varie de 30 à 80 p. 100 suivant les cas.

Elimination abondante de sueur, modification profonde de la chimie du sang, modification parallèle de la tension artérielle, tels sont les résultats qui, dès maintenant, permettent de considérer, après les travaux de M. Lepape, du collège deFrance, de MM. les professeurs Maurin et Sendrail, de la Faculté de médecine de Toulouse, de M. le professeur Delaunay et de M. Couraud, de la Faculté de médecine de Bordeaux, le radio-vaporarium comme un élément des plus actifs de la crénothérapie luchonnaise.

Dr MOLINÉRY.

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS POUR MALADIES NERVEUSES

ALEPSAL. — Comprimés avec phényléthylmalonylurée, belladone et caféine. Supprime les crises convulsives et les équivalents. Toujours bien supporté.

INDICATIONS. — Trois dosages : 10, 5 et 1cg,5 de phényléthylmalonylurée. Epilepsie, états anxieux, troubles neuro-cardiaques, convulsions infantiles.

Genevrier, 45, rue du Marché, Neuilly-sur-Seine.

BELLADÉNAL SANDOZ. — Association de phényléthylmalonylurée et de bellafoline. Sédatif nervin général et des cas résistants.

INDICATIONS. — Epilepsie, angoisse, douleur morale, angine de poitrine, asthme, etc.

Sandoz, 20, rue Vernier, Paris (XVIIe).

CHLORALOSANE. — Hypnotique *non toxique*. Chloralose pur, exempt de parachloralose.

INDICATIONS. — Insomnie des cardiaques, des dyspeptiques, des neurasthéniques, des enfants, vieillards et femmes enceintes, réveil normal.

Ets Kuhlmann, 145, bd Haussmann, Paris (VIIIe).

DRAGÉES NÉVROSTHÉNIQUES « YSE ». — Spécifique des affections nerveuses à base de P^2Zn^3, 0,002 par pilule.

H. Chatelut, pharmacien, 63, rue Louis-Blanc, Paris.

HYOSCYAMINE HOUDÉ. — Produit pur, cristallisé, défini, extrait de l'Hyoscyamus niger.

PROPRIÉTÉS. — Sédatif du pneumogastrique, antispasmodique, anticonvulsivant, accélérateur du cœur et de la respiration.

INDICATIONS. — Avant tout : parkinsonisme sous toutes ses formes : séquelles de l'encéphalite léthargique où elle donne des résultats surprenants, hoquet épidémique, tremblement sénile, etc.

PRÉSENTATION. — Granules à 1 milligramme et à 1/4 de milligramme, 3 à 4 par jour suivant la susceptibilité du sujet (ni accoutumance, ni accumulation). On peut alterner avec les granules d'Hyoscine, de Duboisine ou d'Atropine Houdé.

Laboratoires Houdé, 9, rue Dieu, Paris.

IODALOSE GALBRUN. — Iode physiologique assimilable. Artériosclérose, maladies du cœur et des vaisseaux.

Doses moyennes : de XL à LX gouttes par jour.

Paris, 8 et 10, rue du Petit-Musc (IVe).

NÉSAL. — Présentation nouvelle en granulé soluble. Sédatif nerveux. Hypnotique.

COMPOSITION. — Tartroborobromol, phényléthylmalonylurée, ext. hydr. alc. stab. de belladone, à dosages très faibles. Non toxique. Aucune intolérance.

INDICATIONS. — Insomnie, hyperexcitabilité. Tous troubles nerveux en général ainsi que ceux de la puberté, de la ménopause, neurasthénie, anxiété, névroses, chorée, pollakiurie, incontinence nocturne d'urine, épilepsie.

La cure la plus économique.

Lab. Lobru, 26, rue Vauquelin, Paris (Ve) (Gla. 28-33).

NEUROSINE PRUNIER. — Phospho-glycérate de chaux, procédé G. Prunier. Reconstituant du système nerveux sous trois formes : granulés, cachets, sirop.

INDICATIONS. — Neurasthénie, phosphaturie, rachitisme, débilité, surmenage, prétuberculose.

Chassaing, Le Coq et Cie, 1, quai Aulagnier, Asnières (Seine).

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE. — A base de glycéro-phosphates alcalins.

PROPRIÉTÉS. — Reconstituant rationnel par suite de sa composition qui est celle même des tissus nerveux.

INDICATIONS. — Neurasthénie, dépression et fatigue nerveuse, surmenage, anémie cérébrale, vertiges, convalescence.

Laboratoire Freyssinge, 6, rue Abel, Paris.

PASSIFLORINE. — Une cuillère à café contient 0gr,50 ext. fluide de Passiflora ; 0gr,25 ext. mou de Salix alba ; XX gouttes alcoolé de Cratœgus oxyacantha.

ACTION. — Régularise l'influx nerveux dans le domaine du grand sympathique.

INDICATIONS. — Tous états névropathiques.

Laboratoires Réaubourg, 2, rue Boucicaut, Paris (XVe).

PROSTHÉNASE. — Dans les maladies nerveuses causées par l'anémie : prosthénase Galbrun, fer et manganèse associés en combinaison organique.

De XX à XL gouttes par jour.

Paris, 10, rue du Petit-Musc, et toutes pharmacies.

QUINBY. — Iodobismuthate de quinine (formule Aubry), est le produit original créé dès le mois de juin 1921.

Suspension huileuse.

Ampoules 3 cc. (adult.), 2 dos. { 0gr,75 / 0gr,15 } Bi-métal.

Ampoules 1 centimètre cube (enfants).

S'administre en injections intramusculaires profondes deux fois par semaine.

INDICATIONS. — Action remarquable dans les manifestations nerveuses de la syphilis, particulièrement actif contre les crises gastriques du tabes, dans les méningo-radiculites, et dans l'albuminose et la lymphocytose rachidiennes.

AVANTAGES. — Non toxique. Tolérance parfaite. Injection indolore. Aucune contre-indication.

Laboratoire Aubry, 54, rue de la Bienfaisance, Paris (VIIIe).

SÉDOBROL « ROCHE ». — Extrait de bouillon végétal concentré, achloruré et bromuré. Médication *bromurée dissimulée* et toujours *très bien supportée*, même à très hautes doses. *Tablettes et liquide.*

Chaque tablette ou mesure = 1 gramme NaBr.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris.

SOMNIFÈNE « ROCHE ». — Barbiturique soluble et injectable ne contenant aucun toxique du tableau B. Hypnotique et sédatif *excessivement maniable. Gouttes* (XX à LX par jour). *Ampoules* (1 à 2 par jour et plus, voies sous-cutanée profonde, intramusculaire et même endoveineuse).

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris.

OUVRAGES SUR LES Maladies nerveuses et mentales

Maladies des Nerfs Périphériques et du Grand Sympathique, par les Drs PITRES, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, VAILLARD, membre de l'Académie de médecine, LAIGNEL-LAVASTINE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1924, 1 vol. gr. in-8 de 857 pages avec 56 figures. Broché.... 75 fr. — Cartonné .. 89 fr.

PRÉCIS DE PSYCHIATRIE

PAR LE DOCTEUR

LÉVY-VALENSI

Médecin des Hôpitaux de Paris

1926, 1 vol. in-8 de 504 pages avec 108 figures..... 45 fr.

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Par le Docteur Henri CLAUDE

Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin des hôpitaux

2e édition, 1932, Deux volumes in-8 se vendant séparément

★ **Cerveau, Cervelet, Méninges, Pédoncules cérébraux, Tubercules quadrijumeaux, Protubérance, Bulbe**

1 volume in-8 de 636 pages avec 93 fig. Br. 75 fr. Cart. 85 fr.

★★ **Moelle, Maladies systématisées, Scléroses, Méninges, Plexus Muscles, Nerfs, Système endocrino-sympathique, Névroses et Psychonévroses.** 1 vol. in-8 de 942 p. 184 fig. Br. 95 fr. Cart. 105 fr.

Maladies des Méninges, par les Drs HUTINEL, KLIPPEL, H. CLAUDE, Roger VOISIN, LÉVY-VALENSI. 1912, 1 vol. gr. in-8 de 382 pages avec 49 figures. Br., 25 fr. Cart. 39 fr.

Sémiologie nerveuse, par les Drs ACHARD, BAUDOIN, LÉRI, LAIGNEL-LAVASTINE, L. LÉVI. *Nouvelle édition*. 1925, 1 vol. gr. in-8 de 890 pages, avec 189 figures. Broché, 75 fr ; cartonné.............................. 89 fr.

Maladies de la Moelle épinière, par les Drs DEJERINE et André THOMAS. 1909, 1 vol. gr. in-8 de 839 pages avec 420 figures. Broché, 55 fr. Cartonné................ 69 fr.

Médications symptomatiques nerveuses, mentales, cutanées, respiratoires, génito-urinaires, par les Drs Maurice de FLEURY, Jean LÉPINE, JACQUET, Marcel FERNAND, MENETRIER, STEVENIN, SINEDEY, H. LEMAIRE, Paul CAMUS. 1914, 1 vol. in-8 de 488 pages........... 25 fr.

Les Peurs pathologiques. Genèse, mécanisme, signification Principes directeurs de leur traitement, par ARTHUS. 1935 1 vol. gr. in-8 de 185 pages.................. 28 fr.

Le problème des Hallucinations, par le Dr P. LELONG. 1928, 1 vol. gr. in-8 de 102 pages....................... 12 fr.

Les Colites et leurs troubles nerveux, par SAVIGNAC, SABLES et DE FOSSEY. 1930, 1 vol. in-16 de 91 pages....... 8 fr.

Les Pionniers de la Psychiatrie française avant et après Pinel, par René SEMELAIGNE. 1931, 2 vol. gr. in-8. 100 fr.

La Pratique psychiatrique, à l'usage des étudiants et des praticiens, par les Drs LAIGNEL-LAVASTINE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, André BARBÉ, médecin adjoint de l'hospice de Bicêtre, et DELMAS, ancien chef de clinique des maladies mentales, médecin des Asiles. 2e *éd.* 1929, 1 vol. in-8 de 891 p., avec fig. 60 fr.

PRÉCIS DE DIAGNOSTIC NEUROLOGIQUE

Par le Dr J. LÉVY-VALENSI

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
Médecin des hôpitaux.

2e *édition*, 1932. 1 vol. gr. in-8 de 646 pages avec 423 figures.................................. 120 fr.

Maladies du Cerveau, par LÉRI, KLIPPEL, SÉRIEUX, MIGNOT, N. PÉRON. 1928, 1 vol. gr. in-8 de 356 pages avec 65 figures. Broché, 50 fr. Cartonné................ 64 fr.

Maladies du Cervelet et de l'Isthme de l'Encéphale. Pédoncule, Protubérance, Bulbe, par les Drs CLAUDE, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et LÉVY-VALENSI, médecin des hôpitaux de Paris. 1922, 1 vol. grand in-8 de 439 pages avec 104 figures. Broché, 45 fr. Cartonné.................................. 59 fr.

Diagnostic des Maladies de la Moelle, par le prof. J. GRASSET et le Dr RIMBAUD. 4e *édition*, 1916, 1 volume in-16 de 96 pages, avec fig.......................... 4 fr. 50

Diagnostic des Maladies de l'Encéphale, par le prof. J. GRASSET et le Dr RIMBAUD. 3e *édition*, 1918, 1 vol. in-16 de 96 p., avec 12 fig. et 4 tabl.................. 4 fr. 50

Psychothérapie, par le Dr André THOMAS. Introduction par le professeur DEJERINE. 1912, 1 vol. in-8 de 519 pages. 24 fr.

Atlas-manuel de Psychiatrie, par le prof. O. WEYGANDT *Edition française*, par le Dr J. ROUBINOVITCH, médecin de la Salpêtrière. 1903, 1 vol. in-16 de 643 pages, avec 24 pl. color. et 264 fig., relié.................... 60 fr.

Traitement des Psychonévroses par la rééducation du contrôle cérébral, par R. VITTOZ. 4e *édition*, 1931, 1 vol. in-18 de 146 pages.............................. 12 fr.

Les Etats neurasthéniques, Diagnostic et traitement, par André RIEHE. 1908, 1 vol. in-16 de 96 pages... 4 fr. 50

L'Encéphalite léthargique, par le Dr ACHARD, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. 1921, 1 vol. in-8 de 324 pages...... 26 fr.

Le traitement de l'Encéphalite épidémique et de ses séquelles, par SIGWALD. 1935, 1 vol. gr. in-8 de 52 pages. 105 fr.

Diagnostic et Traitement de la méningite cérébro-spinale, par le Dr DOPTER, professeur à l'Ecole du Val-de-Grâce. 1918, 1 vol. in-16, avec figures............. 4 fr. 50

Précis de Métapsychique. *Subconscient et métapsychique*, par P.-Thomas BRET. 1927, 1 vol. gr. in-8 de 182 pages. 20 fr.
— II. **La Parapsychique.** 1930, 1 vol. gr. in-8 de 201 pages.............................. 30 fr.
— III. **La Parapsychique**, 1933, 1 volume gr. in-8 de 132 pages.............................. 20 fr.

Les Compressions médullaires, par les Drs BÉRIEL et A. MESTRALLET. 1929, 1 vol. grand in-8 de 193 pages avec 74 figures.............................. 25 fr.

Eléments de Psychiatrie, par le Dr BÉRIEL. 1929, 1 vol. gr. in-8 de 240 pages avec figures............... 30 fr.

Evolution et Structure de la Schizophrénie, par M. ENGELSON. 1934, 1 vol. gr. in-8 de 67 pages.......... 12 fr. 50

Texture et vascularisation artérielle des troncs nerveux, par Raymond DIEULAFÉ. 1931, 1 vol. gr. in-8 de 272 pages, avec 43 figures.............................. 36 fr.

La Colonne vertébrale, Anatomie chirurgicale, variations, pathologie, par Raymond DIEULAFÉ. 1930, 1 vol. gr. in-8 de 182 pages, avec 96 figures................ 36 fr.

Les Nerfs craniens. Etude anatomo-clinique, par C. HOUTSAEGER, ancien prosecteur d'anatomie, ex-interne des hôpitaux de Louvain. 1932, 1 vol. gr. in-8 de 880 pages avec 339 figures noires et coloriées............. 180 fr.

Le traitement de la Paralysie générale, par P. MOLLARET, chargé du centre de malariathérapie. 1933, 1 vol. in-8 de 63 pages.............................. 8 fr.

Le traitement de la Poliomyélite aiguë épidémique (maladie de Heine-Médin), par MOLLARET. 1935, 1 vol. gr. in-8 de 60 pages.............................. 8 fr.

Le traitement des Névralgies sciatiques. Essai d'indications thérapeutiques, par MOLLARET. 1934, 1 vol. gr. in-8 de 72 pages.............................. 8 fr.

Les Tumeurs du quatrième ventricule. Etude anatomo-clinique et thérapeutique, par le Dr Jean LEREBOULLET, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1932, 1 vol. gr. in-8 de 431 pages, avec 30 figures.............. 65 fr.

De l'espace périvasculaire du cerveau et de la moelle (*Histopathologie et applications thérapeutiques*), par Jacques GADRAT. 1931, 1 vol. gr. in-8 de 185 pages avec 45 figures.............................. 30 fr.

La Simulation des symptômes pathologiques et des maladies. Diagnostic différentiel. Etat mental des simulateurs, par le Dr A. COSTEDOAT, professeur agrégé du Val-de-Grâce. 1 vol. in-8 de 436 pages avec 29 figures....... 48 fr.

Ajouter pour frais d'envoi 15 p. 100 pour la France, 20 p. 100 pour l'Etranger.

NOUVELLES

Journées médicales de Paris. — Le Comité permanent des Journées médicales de Paris vient de décider d'organiser, du 26 au 30 juin 1937, à l'occasion de l'Exposition internationale de 1937, des Journées qui rappelleront, dans leurs lignes générales, celles des deux premières sessions (1926 et 1929) et qui réuniront les médecins civils militaires de terre et de mer, les pharmaciens, les vétérinaires et les biologistes, physiciens et chimistes français et étrangers.

Elles seront présidées par le professeur Carnot.

Les vice-présidents seront : les médecins-généraux-inspecteurs Rouvillois et Morvan, les professeurs Perrot et Goris, les professeurs Leclainche et Nicolas.

Secrétaire général : M. le Dr Henri Godlewski.

Secrétaire général adjoint : M. le Dr Pierre Bourgeois, avec le patronage et le concours du Comité de rédaction de la *Revue médicale française*.

Le Comité français des expositions a bien voulu se charger, comme pour les sessions précédentes, de l'organisation des expositions habituelles, et en a confié la direction à M. Jean Faure.

Les matinées seront consacrées, suivant la tradition, aux démonstrations pratiques, organisées dans les hôpitaux civils et militaires, ainsi que dans les écoles et instituts de biologie, et grouperont toutes les branches de l'activité médicale.

Les séances de l'après-midi seront réservées à l'étude pratique du sujet suivant :

Hormones et thérapeutique endocrinienne.

Première journée : L'hypophyse ;

Deuxième journée : Les glandes génitales ;

Troisième journée : Les thyroïdes, parathyroïdes et surrénales ;

Quatrième journée : Le foie, le pancréas et le thymus.

Ces séances de l'après-midi auront lieu dans l'enceinte de l'Exposition internationale, à proximité des stands réservés aux exposants des Journées médicales.

Il est prévu un programme de fêtes aussi brillantes que pour les Journées de 1926 et de 1929. Ce programme sera publié ultérieurement.

Tous ceux, étudiants, médecins, pharmaciens, vétérinaires et biologistes, désireux de s'intéresser aux Journées médicales de Paris, 1937, sont priées de s'adresser au « Service des Journées médicales » : *Revue médicale française*, 18, rue de Verneuil, Paris (VIIe). Cotisations : 50 francs ; 30 francs pour les membres de la famille du congressiste et les étudiants.

Les stations thermales du Morvan. — Le mercredi 26 août a eu lieu, à Saint-Pierre (Nièvre), une intéressante réunion des administrateurs des stations de Pougues, Saint-Honoré, Bourbon-Lancy, Saint-Aré. La réunion avait été précédée par un dîner offert par le journal *Le Centre Médical*, dirigé par MM. Ranglaret et Valois. La station de Pougues était représentée par MM. Beder et Guillaume, administrateurs, et le Dr Baillet ; Saint-Honoré, par le Dr Du Pasquier ; Bourbon-Lancy, par M. Ausse, directeur, et le Dr Pratot ; Saint-Aré, par le Dr Petit. Les quatre stations thermales du Morvan ont posé les bases d'un programme commun de publicité auprès du corps médical ; d'importantes suggestions ont été émises et retenues.

Les médecins « Amis de la Côte Basque ». — Le premier dîner local du groupement des « Médecins Amis de la Côte Basque » a eu lieu le jeudi 27 août, au casino Bellevue, à Biarritz. Il était présidé par M. Hirigoyen, maire de Biarritz, et avec la présence de MM. de Coral et Delzangles, députés des Basses-Pyrénées ; du professeur Minet (Lille), président ; du professeur Begouin (Bordeaux) ; de MM. Ledoux-Lebard (Paris), Chabbert (Castres), Chauliac (Bergerac), Delhay (Bayonne), Escudier (Albi), Braunberger (Paris), Briault (Paris), Morancé (Hendaye), Claverie (Biarritz), L.-Jh. Colanéri (Paris).

Étaient excusés : M. Lissar, sénateur ; le professeur Balthazard et le professeur Villandre (Paris) ; le professeur Massé (Bordeaux) ; MM. Daubin (Anglet), Demarliac (Paris), Drouin (La Rochelle), Reboul (Saint-Jean-de-Luz) et M. Pinatel, maire d'Ascain.

Service de santé de la marine. — Sont promus *au grade de médecin en chef de 2e classe* : M. Eugène Guichard, médecin principal.

Au grade de médecin principal : M. Fazeuilles, médecin de 1re classe.

Au grade de médecin de 1re classe : M. Rideau, médecin de 2e classe.

Cours de puériculture de l'Entr'aide des Femmes françaises. — La dix-septième année des Cours de puériculture que l'Entr'aide des Femmes françaises organise sous la haute direction du Dr Devraigne, accoucheur de Lariboisière, et dont le succès est toujours grandissant, commencera le lundi 9 novembre 1936, par une conférence à la Sorbonne, et se poursuivra jusqu'à fin mars.

Au programme, trente-trois conférences par les professeurs et les médecins les plus qualifiés, et des stages pratiques à l'Institut de puériculture de Lariboisière et dans les pouponnières de l'E. F. F. de Boulogne-sur-Seine et de Fontenay-sous-Bois.

Inscriptions et renseignements à l'Entr'aide des Femmes Françaises, 12, rue Clément-Marot, Paris (VIIIe).

La Confédération des syndicats médicaux s'est installée dans un nouvel immeuble. — La Confédération des syndicats médicaux, qui siégeait depuis 1929 à l'hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi, hôtel dont elle avait fait

NOUVELLES *(Suite)*

l'acquisition, vient de s'installer 60, boulevard de La Tour-Maubourg, dans un ancien hôtel particulier beaucoup plus vaste qu'elle vient d'acheter au marquis de Juigné. Situé à l'angle du boulevard de La Tour-Maubourg et de la rue de Grenelle, cet immeuble, qui s'élève sur 724 mètres carrés, a été construit par le duc de Noailles en 1868 sur les plans d'Hippolyte Destailleur. De fort belle allure, cet hôtel s'élève sur deux étages et comprend deux escaliers d'honneur ornés de belles rampes de fer forgé, deux très vastes salons — dont l'un sera la salle du conseil — avec panneaux lambrissés et sculptés, et de nombreuses salles finement décorées. Une salle de réunion s'élèvera sur l'emplacement des dépendances de l'hôtel.

Cet édifice abritera dignement les destinées de la Confédération qui représente avec ses 19 000 adhérents la presque totalité du corps médical français.

IVe Congrès international de pédiatrie (Rome, 1937). — Le Comité d'organisation a définitivement fixé la date du Congrès de Rome aux 27, 28, 29 et 30 septembre 1937.

Le programme scientifique du Congrès reste celui établi antérieurement.

La journée du 30 septembre sera réservée aux communications libres et aux argumentations des questions posées au Congrès. Les auteurs des communications devront les adresser au Comité national du Congrès (professeur Nobécourt, hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, Paris) avant le 30 mai 1937. Le Comité romain d'organisation se réserve le droit d'acceptation.

Le président du Congrès : professeur L. Spolverini ; le secrétaire : professeur Vitelti, Institut de clinique pédiatrique (Policlinique), Rome.

L'Association médicale britannique et la publicité médicale par la presse. — L'Association médicale britannique, lors de sa dernière réunion à Oxford, vient d'interdire aux médecins l'usage de la presse non médicale pour informer le public de leurs changements d'adresse. Ceux-ci pourront toutefois adresser des lettres circulaires aux clients qui figurent sur leurs livres.

Cours de pratique chirurgicale oto-rhino-laryngologique, du professeur Georges PORTMANN, 35, rue de la Glacière, Paris, du jeudi 22 octobre au mercredi 28 octobre 1936, avec la collaboration du Dr J. Auzimour, du professeur agrégé Gespons et du Dr Paul Leduc.

PROGRAMME. — *Jeudi 22 octobre.* — 9 h. 30 : Les Vertiges. Leur traitement chirurgical. — 15 heures : Les otites aigues. — 16 heures : Sinusites fronto-maxillaires. Traitement chirurgical.

Vendredi 23 *octobre.* — 9 h. 30 : Mastoïde. Anatomie, pathologie. — 15 heures : La mastoïdectomie.

Samedi 24 *octobre.* — 9 h. 30 : Ethmoïde. Anatomie, pathologie, chirurgie. — 15 heures : Insuffisance respiratoire nasale et traitement chirurgical.

Lundi 26 *octobre.* — 9 h. 30 : Tumeurs malignes du massif facial. — 15 heures : Amygdales. Anatomie, pathologie, chirurgie.

Mardi 27 *octobre.* — 9 h. 30 : Les otites chroniques. — 15 heures : Traitement chirurgical des otites chroniques.

Mercredi 28 *octobre.* — 9 h. 30 : Tumeurs malignes du larynx. — 15 heures : Chirurgie du larynx.

Ce cours, essentiellement pratique, comprend des séances opératoires de démonstration. Chaque assistant sera individuellement initié aux détails de la technique chirurgicale et de l'anesthésie.

Ces séances opératoires seront précédées d'un exposé théorique, après examen de malades, accompagné de projections et de films cinématographiques.

Droit d'inscription : 250 francs.

Les inscriptions seront reçues chez le professeur G. Portmann, 25 *bis*, cours de Verdun, à Bordeaux.

Cours hors série d'opérations chirurgicales (Chirurgie générale de l'appareil urinaire et chirurgie de l'appareil génital de l'homme). (Amphithéâtre d'anatomie). — Ce cours en dix leçons, par MM. les Drs P. ABOULKER et J.-C. RUDLER, prosecteurs, commencera le lundi 5 octobre 1936, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 250 francs.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (V^e).

Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier (Professeur : M. BRINDEAU). — COURS DE PRATIQUE OBSTÉTRICALE, par MM. les Drs Marcel Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bichat ; Paul Chevallier, agrégé, médecin de l'hôpital Cochin ; Vaudescal, agrégé ; Lantuéjoul, agrégé, accoucheur des hôpitaux ; Suzor, accoucheur des hôpitaux ; Desoubry, De Peretti, Bompart, Bidoire, A.-M. Weill, anciens chefs de clinique ; Merger, chef de clinique ; de Manet, ancien chef de clinique adjoint ; Vauclin, interne en médecine.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le lundi 19 octobre 1936 ; il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours à partir de 9 h. 30 et de 16 heures. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

PROGRAMME DU COURS. — *Lundi* 19 *octobre.* — 9 h. 30 : Examens des femmes en travail et des accouchées. — 10 heures : Consultations de nourrissons. — 17 heures : Présentation de malades (Merger). — 18 heures : Conduite à tenir dans la présentation de l'épaule (Merger).

Mardi 20 *octobre.* — 9 h. 30 : Examen des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 30 : Leçons par M. le professeur Brindeau. — 17 heures : Présentation de malades (Weill). — 18 heures : Hémorragies par insertion vicieuse du placenta (Weill).

Mercredi 21 *octobre.* — 9 h. 45 : Consultations des femmes enceintes. — 17 heures : Présentation de malades (Merger). — 18 heures : Infection amniotique Merger).

Jeudi 22 *octobre.* — 9 h. 45 : Leçon clinique par M. Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bichat. — 10 heures : Visite du Musée (de Manet). — 18 heures : Pyélonéphrites gravidiques (Weill).

Vendredi 23 *octobre.* — 9 h. 30 : Consultations des femmes enceintes. — 16 heures : Exercices pratiques du forceps. — 18 heures : Procidences du cordon (Merger).

Samedi 24 *octobre.* — 9 h. 30 : Examen des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 30 : Leçon par M. le professeur Brindeau. — 16 heures : Exercices pratiques

NOUVELLES *(Suite)*

du forceps. — 18 heures : Les variétés postérieures dans la présentation du sommet (Bidoire).

Lundi 26 *octobre*. — 9 h. 30 : Examen des femmes en travail et récemment accouchées. — 10 h. 30 : Consultations de nourrissons. — 16 heures : Exercices pratiques. Extraction du siège. — 18 heures : Tuberculose et grossesse (Desoubry).

Mardi 27 *octobre*. — 9 h. 30 : Consultations de nourrissons. — 10 h. 30 : Leçon par M. le professeur Brindeau. — 16 heures : Exercices pratiques du forceps.— 18 heures : Fibromes et puerpéralité (Bompart).

Mercredi 28 *octobre*. — 9 h. 30 : Leçon clinique à l'hôpital Cochin, par M. Chevallier, agrégé. — 16 heures : Exercices pratiques : la version. — 18 heures : Môle vésiculaire (Suzor).

Jeudi 29 *octobre*. — 9 h. 30 : Opérations gynécologiques. Consultations des nourrissons. — 16 heures : Exercices pratiques : Le forceps. — 18 heures : Les hémorragies inter-utéro-placentaires (Lantuéjoul).

Vendredi 30 *octobre*. — 9 h. 30 : Présentation de malades par M. Metzger, agrégé (Maternité de l'hôpital Bichat). — 16 heures : Exercices pratiques : les embryotomies. — 18 heures : Anomalies de la dilatation du col (de Peretti).

Samedi 31 *octobre*. — 9 h. 30 : Examen des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 30 : Leçon par M. le professeur Brindeau. — 18 heures : Conduite à tenir dans es bassins rétrécis d'origine rachitique (Vaudescal).

Pour renseignements, s'adresser à M. le Chef de clinique, à la clinique Tarnier.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Le droit à verser est de 200 francs.

Cours de revision d'une semaine (9 au 14 novembre 1936) sur **les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne. — Clinique médicale propédeutique** (**Hopital Broussais**, 96, rue Didot). — Ce cours aura lieu sous la direction du professeur Emile SERGENT et de M. C. Lian, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. Abrami et Harvier, professeurs à la Faculté, Aubertin, Chabrol, Duvoir, agrégés, médecins des hôpitaux ; Gilbert-Dreyfus, P. Pruvost, Weissenbach, médecins des hôpitaux ; Joannon, agrégé ; Cottenot, chef de laboratoire d'électro-radiologie ; Blechmann, Gaston Durand, Henri Durand, Fernet, Perisson, anciens internes des hôpitaux.

PROGRAMME DU COURS. — I. Chaque matin dans un hôpital différent, 9 h. 30 à 11 heures : Exercices pratiques au lit des malades. — 11 heures à midi : Démonstration pratique.

Lundi 9. M. Lian, Hôpital Tenon. — Mardi 10. M. Aubertin, Hôpital de la Pitié. — Mercredi 11. Professeur Sergent, Hôpital Broussais. — Jeudi 12. M. Fernet, Hôpital Saint-Louis (service de M. Weissenbach). — Vendredi 13. M. Chabrol, Hôpital Saint-Antoine. — Samedi 14. M. Perisson, Hospice de la Salpêtrière (service du professeur Guillain).

II. L'après-midi, à l'hôpital Broussais, 15 à 16 heures : Démonstration pratique (service ou laboratoire du professeur Sergent. — 4 h. 15 à 5 h. 15 et 5 heures 50 à 6 h. 30, Conférences cliniques (amphithéâtre de la clinique du professeur Sergent).

La leçon d'ouverture du cours sera faite par le professeur Sergent.

Lundi 9. — 15 à 16 heures. M. Henri Durand : Tuberculose. — 16 h. 15 à 17 h. 15. M. Sergent : Tuberculose. — 17 h. 30 à 18 h. 30. M. Pruvost : Appareil respiratoire.

Mardi 10. — 3 à 4 heures. M. Lian : Cœur et vaisseaux. — 4 h. 15 à 5 h. 15. M. Gaston Durand : Estomac. — 5. 30 à 6 h. 30. M. Harvier : Thérapeutique.

Mercredi 11. — 15 à 16 heures. M. Perisson : Neurologie. 16 h. 15 à 17 h. 15. M. Chabrol : Foie et voies biliaires. — 17 h. 30 à 18 heures. M. Gilbert-Dreyfus : Endocrinologie et nutrition.— 18 heures à 18 h. 30. M. Duvoir : Médecine légale.

Jeudi 12.— 15 à 16 heures. M. Cottenot : Electro-radiologie.— 16 h. 15 à 17 h. 15. M. Fernet : Peau et syphilis. — 17 h. 30 à 18 h. 30. M. Abrami : Pathologie générale.

Vendredi 13. — 15 à 16 heures. M. Weissenbach : Médecine générale. — 16 h. 15 à 17 h. 15. M. Gaston Durand : Intestin. — 17 h. 30 à 18 heures. M. Joannon : Hygiène.— 18 heures à 18 h. 30. M. Aubertin : Sang.

Samedi 14. — 15 à 16 heures. M. Blechmann : Pédiatrie. — 16 h. 15 à 17 h. 15. M. Blechmann : Pédiatrie. — 17 h. 30 à 18 h. 30. M. Lian : Cœur et vaisseaux.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi régulièrement le cours.

S'inscrire à la Faculté de médecine : ou bien au Secrétariat les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4 de 14 à 16 heures), ou bien tous les jours, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la Salle Béclard (A. D. R. M.).

Droit d'inscription : 250 francs.

Cours de perfectionnement sur les maladies organiques du cœur, de l'aorte et de l'artère pulmonaire (Hôpital Tenon, 4, rue de la Chine). — Ce cours, qui aura lieu du 16 au 26 novembre 1936, sera fait par M. Camille LIAN, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. Haguenau, professeur agrégé, médecin des hôpitaux ; H. Welti, chirurgien des hôpitaux ; Gilbert-Dreyfus, médecin des hôpitaux ; J. Facquet, ancien interne lauréat des hôpitaux, assistant du service ; Brocard, Deparis, Even, Frumusan, Ménétrel, F.-P. Merklen, Odinet, Pautrat, Puech, anciens internes du service ; Marchal, assistant d'électro-radiologie ; Golblin, assistant d'électrocardiographie ; Baraige, assistant de laboratoire ; Siguier, interne du service.

Tous les matins, à 10 heures, conférence clinique avec projections. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service.

Tous les après-midi, à 15 heures et à 17 h. 30, deux conférences cliniques avec projections ; à 16 heures, démonstration pratique.

PROGRAMME DU COURS. — *Lundi* 16. — 10 heures. M. Lian : Remarques générales sur l'examen clinique du cœur. — 11 heures. M. Facquet : Exercices cliniques. — 15 heures. M. Brocard : Endocardites malignes. — 16 heures. M. Odinet : Démonstration de sphygmomanométrie auscultatoire. — 17 h. 30. M. Haguenau : Endocardite aigue rhumatismale.

Mardi 17. — 10 heures. M. Lian : Conférence-consulta-

NOUVELLES *(Suite)*

tion. — 15 heures. M. Gilbert-Dreyfus : Insuffisance mitrale. — 16 heures. M. Pautrat : Démonstration de sphygmomanométrie oscillométrique. — 17 h. 30. M. Facquet : Rétrécissement mitral.

Mercredi 18. — 10 heures. M. Lian : Les données de la phonocardiographie. — 11 heures. M. Facquet : Exercices cliniques. — 15 heures. M. Frumusan : Rétrécissement de l'orifice aortique et de l'isthme aortique. — 16 heures. M. Golblin : Démonstration d'électrocardiographie. — 17 h. 30. M. Marchal : La radiologie dans le diagnostic des affections du cœur et des gros vaisseaux.

Jeudi 19. — 10 heures. M. Lian : Insuffisance aortique rhumatismale. — 11 heures. MM. Lian et Marchal : Démonstration de radiologie cardio-vasculaire. — 15 heures. M. Pautrat : Affections valvulaires du cœur droit. — 16 heures. M. Golblin : Démonstration d'électro-cardiographie. — 17 h. 30. M. Haguenau : Insuffisance aortique syphilitique et insuffisance aortique fonctionnelle.

Vendredi 20. — 10 heures. M. Lian : Conférence-consultation. — 15 heures. M. Facquet : Péricardite chronique et symphyse péricardique. — 16 heures. M. Ménétrel : Inhalations, injections sous-cutanées et intraveineuses d'oxygène et de gaz carbonique. — 17 h. 30. M. Welti : Traitement chirurgical des épanchements et de la symphyse du péricarde.

Samedi 21. — 10 heures. M. Facquet : Péricardites aiguës et subaiguës. — 11 heures. MM. Lian et Marchal : Démonstration de radiologie cardio-vasculaire. — 15 heures. M. Merklen : Cardiopathies traumatiques. — 16 heures. M. Puech : Démonstration pratique de l'examen du cœur à l'autopsie. — 17 h. 30. M. Gilbert-Dreyfus : Les troubles myocardiques d'origine thyroïdienne.

Lundi 23. — 10 heures. M. Facquet : Hypodynamie du myocarde. — 11 heures. M. Lian : Exercices pratiques d'interprétation des électrocardiogrammes. — 15 heures. M. F.-P. Merklen : Infarctus du myocarde. — 16 heures. M. Baraige : Technique de la mesure du métabolisme basal et du débit cardiaque. — 17 h. 30. M. Deparis : Syndromes myocardiques aigus.

Mardi 24. — 10 heures. M. Lian : Conférence-consultation. — 15 heures. M. Ménétrel : Syphilis du myocarde. — 16 heures. M. Facquet : Mesure de la vitesse circulatoire. — 17 h. 30. M. Gilbert-Dreyfus : Aortite thoracique et abdominale.

Mercredi 25. — 10 heures. M. Lian : Aortites de la crosse. — 11 heures. M. Facquet : Exercices cliniques. — 15 heures. M. Facquet : Artérites pulmonaires. — 16 heures. M. Even : Pratique et valeur séméiologique de la mesure de la pression veineuse. — 17 h. 30. M. Deparis : Anévrysmes de l'aorte.

Jeudi 26. — 10 heures. M. Lian : Traitement de l'insuffisance cardiaque. — 11 heures. M. Marchal : Démonstration de radiologie cardio-vasculaire. — 15 heures. M. Odinet : Cardiopathies congénitales. — 16 heures. M. Odinet : Exercices cliniques. — 17 h. 30. M. Lian : Traitement de l'insuffisance cardiaque.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi régulièrement le cours ; ils pourront ensuite faire un stage dans le service.

Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en quatre cours :

1° Arythmies ; 2° grands syndromes cardiaques ; 3° artères, veines et capillaires ; 4° maladies organiques du cœur, de l'aorte et de l'artère pulmonaire.

Le cours de ju 1937 portera donc sur les troubles du rythme cardiaque et sera suivi d'un voyage d'études à quelques stations hydro-minérales françaises utilisées dans le traitement des affections cardio-vasculaires.

Droit d'inscription : 250 francs.

S'inscrire ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.), ou bien, à l'hôpital Tenon, auprès du Dr Facquet, assistant du service, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

XXIVe Congrès francais de médecine (Paris, 12-14 octobre 1936). — PROGRAMME. — Programme scientifique. Trois questions seront l'objet des travaux du Congrès :

1° Les méningites aiguës curables ; 2° les syndromes parathyroïdiens ; 3° les médications du sympathique. La séance solennelle d'ouverture se tiendra au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, le lundi 12 octobre, à 9 h. 30 du matin, sous la présidence de M. le ministre de l'Education nationale.

Les autres séances auront lieu les matins à 9 h. 30, les après-midi à 15 heures, à la Faculté.

Lundi 12 octobre, à 10 h. 30 : Rapports sur la première question : Méningites aiguës curables. Rapporteurs : M. Roch (Genève) : Les méningites aiguës curables de l'adulte ; MM. Lesné (Paris) et Boquien : Les méningites aiguës curables de l'enfant ; M. R. Cruchet (Bordeaux) : La méningite tuberculeuse est-elle curable ?

Lundi 12 octobre, à 15 heures : Discussion des rapports et communications sur la première question.

Mardi 13 octobre, à 9 h. 30 : Rapports sur la deuxième question : Les syndromes parathyroïdiens Rapporteurs : M. Snapper (Amsterdam) : Du rôle des parathyroïdes dans la pathologie des os. MM. Bérard et M. Henry (Lyon) : La tétanie parathyréoprive. M. Coryn (Bruxelles) : Du rôle des glandes endocrines (parathyroïces exceptées) dans la pathologie des os.

Mardi 13 octobre, à 15 heures : Discussion des rapports et communications sur la deuxième question.

Mercredi 14 octobre, à 9 h. 30. Rapports sur la troisième question : Les médications du sympathique. Rapporteurs : Mlle Jeanne Lévy et M. Justin-Besançon (Paris) : Les médicaments sympathicolytiques. M. Wangermez (Bordeaux) : Physiothérapie du sympathique. MM. Gouin et Bienvenue (Brest) : Radiothérapie du sympathique. M. Laignel-Lavastine (Paris) : Traitement médical des sympathalgies abdominales (pelvis exclus). M. E. May (Paris) : Traitement médical des troubles neuro-végétatifs diffus d'origine non endocrinienne.

Mercredi 14 octobre, à 15 heures : Discussion des rapports et communications sur la troisième question.

Programme des réceptions. — Lundi 12 octobre. Séance d'ouverture à 9 h. 30 : Faculté de médecine, sous la présidence de M. le ministre de l'Education nationale. — Mardi 13 octobre, à 17 heures : Réception à l'hôtel de ville offerte aux congressistes et à leur famille par M. le président du Conseil municipal (audition musicale). —

NOUVELLES *(Suite)*

Mardi 13 octobre, à 21 h. 30 : Réception offerte par M. le président du Congrès. — Mercredi 14 octobre, à 20 heures : Banquet par souscription.

Comité des Dames. — Un Comité des Dames s'occupera des familles des congressistes et s'efforcera de leur organiser un emploi du temps agréable, dont le programme leur sera ultérieurement donné.

Excursions. — Pendant les jours qui suivront le Congrès, des excursions et visites seront organisées, dont le détail sera prochainement arrêté.

Renseignements, voyages, logements. — Un Bureau de renseignements est dès maintenant organisé pour donner de vive voix et par correspondance toutes les indications utiles aux congressistes régulièrement inscrits. Ce service a été confié au Bureau des Voyages pratiques Exprinter, 6, avenue de l'Opéra, Paris (Ier).

Pendant la durée du Congrès, le Bureau de Tourisme assurera :

Pour les passeports un service spécial de visas.

Le change de toutes les monnaies aux cours normaux.

Les Compagnies de chemins de fer français accordent le demi-tarif sur leurs réseaux aux congressistes ; ceux qui désirent en profiter sont priés de remplir un questionnaire spécial et de le retourner au trésorier, M. G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

Une liste d'hôtels de Paris avec l'indication de leurs prix sera envoyée ultérieurement aux congressistes par le Bureau Exprinter.

Renseignements. — Les demandes, pour prendre part à la discussion des rapports ou faire une communication à leur propos, doivent être adressées soit au secrétaire général du Congrès, professeur Harvier, soit aux secrétaires adjoints, MM. Boulin et Justin-Besançon.

Secrétariat. — Le Secrétariat du Congrès se tiendra à la Faculté de médecine, salle Béclard, rue de l'École-de-Médecine, où les congressistes pourront retirer les enveloppes contenant les invitations et les documents divers ainsi que la correspondance les concernant.

Bureau du Congrès. — Président : M. le professeur Marcel Labbé, 158, rue de Rivoli, Paris (Ier).

Vice-présidents : M. le professeur Antonin Clerc, 7, rue Moutchanin, Paris (XVIIe) ; M. le médecin général inspecteur Rouvillois, 132, boulevard Raspail, Paris (VIe) ; M. le médecin général Oudard, ministère de la Marine.

Secrétaire général : M. le professeur Harvier, 1, rue du Bac, Paris (VIIe).

Secrétaires adjoints : M. le Dr R. Boulin, 47, rue de Courcelles, Paris (VIIIe) ; M. le Dr Justin-Besançon, 2, rue Guynemer, Paris (VIe).

Trésoriers : M. le Dr D. Troisier, 32, rue Jouvenet, Paris (XVIe) ; M. Georges Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

3 Octobre. — *Bruxelles.* Ier Congrès européen de chirurgie structive.

3 Octobre. — *Reims.* Dernier délai d'inscription des candidats au concours de l'internat des hôpitaux de Reims.

3 Octobre. — *Vannes.* Hôpital. Dernier délai d'inscription des candidats pour le concours de chef de laboratoire de chimie et de bactériologie de l'hôpital de Vannes.

5 Octobre. — *Paris.* Assistance publique. Dernier délai d'inscription des candidatures aux emplois de chirurgiens de la Fondation Paul-Marmottan.

5 Octobre. — *Poitiers.* Concours de chef des travaux de physiologie à l'École de médecine de Poitiers.

5 Octobre. — *Londres.* IVe Réunion européenne d'hygiène mentale.

5 Octobre. — *Paris.* Congrès français de chirurgie.

5 Octobre. — *Paris.* Congrès français d'urologie.

5 Octobre. — *Paris.* Congrès français de stomatologie.

5 Octobre. — *Marseille.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de l'externat en médecine et en chirurgie.

5 Octobre. — *Valence.* Clôture du registre d'inscription des candidats au concours de chirurgiens des hôpitaux de Valence.

6 Octobre. — *Paris.* Congrès français d'orthopédie.

6 Octobre. — *Reims.* Clôture du registre d'inscription des candidats au concours de l'externat des hôpitaux de Reims.

8 Octobre. — *Paris.* Clinique du Dr Calot, 60, quai d'Orsay. Séance de démonstration du Dr Calot, à 9 h. 30.

8-10 Octobre. — *Paris.* IIIe Congrès des médecins électro-radiologistes de langue française.

10 Octobre. — *Fontainebleau.* Hôpital. Concours de l'internat de l'hôpital de Fontainebleau.

10 Octobre. — *Paris.* Hôpital Saint-Louis. A 10 h., Journée du rhumatisme.

10-14 Octobre. — *Genève.* VIe session de l'Office international de documentation de médecine militaire.

12 Octobre. — *Grenoble.* École de médecine. Concours pour la nomination de chirurgiens des hôpitaux de Valence.

12 Octobre. — *Paris.* Première épreuve écrite du concours de l'internat et pour les prix de l'externat.

12 Octobre. — *Paris.* Ouverture du concours pour la nomination à deux emplois de médecin chef de service des asiles publics d'aliénés de la Seine.

12 Octobre. — *Paris.* Faculté de pharmacie. Concours de professeur suppléant de physique à l'École de médecine de Rennes.

12 Octobre. — *Marseille.* Concours de l'internat des hôpitaux de Marseille.

12 Octobre. — *Paris.* Congrès français de médecine.

12 Octobre. — *Tours.* Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Tours.

12 Octobre. — *Brest.* Concours de l'internat des hôpitaux de Brest.

13 Octobre. — *Reims.* Concours de l'internat des hôpitaux de Reims.

NOUVELLES *(Suite)*

13 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Ouverture de la session d'examens d'octobre-novembre.

14 Octobre. — *Paris.* Assemblée générale annuelle de l'union thérapeutique et séance solennelle de la Société de thérapeutique.

15 Octobre. — *Paris.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de nomination de deux médecins chefs de dispensaires polyvalents de Kef et de Sfax.

15 Octobre. — *Paris.* Date limite pour l'inscription aux prix suivants : Prix J.-A. Sicard, Prix Bernheim, Prix Segond, Prix Behier, Prix Déroulède, Prix Monthyon, Prix Girard, Prix Barbier, Prix Jeunesse, Prix Léri, Prix Rigout, Prix Desmazes, Prix Lannelongue, Prix de Rothschild, Prix Carville, Prix Demarle, Prix de Trémont, Prix Hervieux, Prix Dieulafoy, Prix Serge-Henri-Sallé, Legs Marjolin, Prix Fancher, Legs Malterre.

15 Octobre. — *Roubaix.* Hôpital de la Fraternité. Dernier délai de candidature pour le concours sur titres pour la nomination d'un chef de laboratoire.

16 Octobre. — *Reims.* Concours de l'externat des hôpitaux de Reims.

18 Octobre. — *Niort.* Hôpital. Journée médicale de Niort.

19 Octobre. — *Nice.* Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Nice.

19 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours de chef de laboratoire de chimie et de bactériologie de l'hôpital de Vannes.

19 Octobre. — *Paris.* Faculté de pharmacie. Concours de professeur suppléant de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole de médecine de Rennes.

19 Octobre. — *Paris.* Faculté de pharmacie. Concours de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Limoges.

19 Octobre. — *Toulouse.* Faculté de médecine. Concours de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand.

19 Octobre. — *Nice.* Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Nice.

19 Octobre. — *Marseille.* Concours de l'externat en médecine des hôpitaux de Marseille.

19 Octobre. — *Tours.* Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Tours.

19 Octobre. — *Nancy.* Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Nancy.

19 Octobre. — *Bordeaux.* Concours de l'externat des hôpitaux de Bordeaux.

20 Octobre. — *Bordeaux.* Concours de l'internat des hôpitaux de Bordeaux.

21 Octobre. — *Paris.* Congrès de la Société française de phoniatrie (Faculté de médecine de Paris).

22 Octobre. — *Paris.* Préfecture de Police. Concours de l'internat en médecine des asiles d'aliénés de la Seine, de l'infirmerie spéciale de la Préfecture de police et de l'hôpital Henri-Rousselle.

23 Octobre. — *Nancy.* Concours de l'externat des hôpitaux de Nancy.

24 Octobre. — *Rouen.* Clôture du registre d'inscription pour le concours pour la nomination de deux chirurgiens adjoints des hôpitaux.

24 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Clôture du registre pour les inscriptions du 1er et du 2e trimestre.

25 Octobre. — *Lyon.* Dernier délai d'envoi des candidatures pour le prix Chauveau (œuvre de Solidarité médicale) (s'adresser au Secrétariat de la Faculté de médecine de Lyon).

26 Octobre. — *Paris.* Faculté de pharmacie. Concours de professeur suppléant de chimie à l'Ecole de médecine de Rennes.

26 Octobre. — *Nancy.* Faculté de médecine. Concours de professeur suppléant de clinique et de pathologie médicales à l'Ecole de médecine de Besançon.

26 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours de professeur suppléant de physique médicale à l'Ecole de médecine de Tours.

26 Octobre. — *Paris.* Concours de professeur suppléant de chimie à l'Ecole de médecine de Tours.

26 Octobre. — *Paris.* Concours de professeur suppléant de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole de médecine de Tours.

26 Octobre. — *Bordeaux.* Concours pour la nomination de deux accoucheurs de l'Assistance médicale gratuite. Bureau de Bienfaisance, 63, rue du Loup, à Bordeaux.

27 Octobre. — *Rouen.* Clôture du registre d'inscription pour le concours pour quatre places d'internes titulaires et une place d'interne provisoire en médecine.

31 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Clôture du registre pour la première inscription.

3 Novembre. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription des candidats au concours de l'externat des hôpitaux de Paris.

3 Novembre. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription des candidats au prix de l'internat (médaille d'or), médecine, chirurgie et accouchement.

CHRONIQUE DES LIVRES

Études neurologiques, *sixième série*, par GEORGES GUILLAIN. Un volume de 434 pages avec 108 figures. Prix : 80 francs (*Masson et Cie, éditeurs*).

Ces travaux ont été groupés sous les titres suivants :

I. Tumeurs cérébrales (13 chapitres).

II. Pathologie de l'encéphale (4 chapitres).

III. Pathologie des pédoncules cérébraux, de la protubérance du bulbe, du cervelet (4 chapitres).

IV. Pathologie de la moelle épinière (9 chapitres).

V. Pathologie des nerfs craniens et rachidiens (3 chapitres).

VI. Atrophies musculaires (2 chapitres).

VII. Varia.

On trouvera dans ces travaux de clinique, comme dans les précédents, le souci constant de maintenir à l'anatomie et à la physiologie du système nerveux la prééminence dans les études neurologiques, et aussi la préoccupation de rénover et de perfectionner la méthode anatomo-clinique par l'utilisation la plus large des techniques que la bactériologie, la chimie et la physique mettent à la disposition de la neurologie.

Ce nouveau volume d'études neurologiques contient les travaux poursuivis par l'auteur au cours des dernières années à la clinique de la Salpêtrière, Ils sont conçus dans les traditions de l'École de la Salpêtrière, c'est-à-dire qu'à la méthode anatomo-clinique ont été adjointes toutes les investigations modernes de la biologie.

On trouvera dans ce volume beaucoup de travaux de neurologie pure, classique.

Physiopathologie du système nerveux : du mécanisme au diagnostic, par PAUL COSSA, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, neurologiste des hôpitaux de Nice. Préface de CLOVIS-VINCENT. Un volume de 690 pages avec 193 figures. Broché : 65 fr. ; cartonné toile : 75 francs (*Masson et Cie, éditeurs*).

Ce livre, dont l'auteur a été l'élève de Babinski, de Claude et de Clovis-Vincent qui en a signé la préface, doit devenir rapidement classique, aussi bien pour l'étudiant que pour le clinicien. Il expose ce qui doit être retenu de la physiologie pour la compréhension de la pathologie nerveuse et pour l'établissement du diagnostic neurologique.

Nos conceptions actuelles sur le mécanisme du système nerveux y sont exposées au point de vue physiologique et pathologique par un esprit convaincu de leur nécessité pour la réalisation de tout progrès dans cette branche de la médecine.

Après un aperçu de physiologie générale normale et pathologique, l'auteur envisage les fonctions de la vie de relation, puis celles de la vie végétative, importantes soit en elles-mêmes, soit par les possibilités séméiologiques qu'elles offrent en neurologie.

Il expose enfin les rapports du système nerveux avec la vie psychique.

« Je pense, écrit le Dr Clovis-Vincent dans sa préface, que ceux qui liront ce livre auront l'essentiel et qu'ils l'auront bien...

« Sans doute, l'étude de l'anatomie a donné à la France des chirurgiens d'une dextérité opératoire inégalée ; sans doute l'éducation mutuelle au lit du malade a donné à la France la pléiade de ses grands cliniciens ; mais la connaissance de la physiologie édifiée par de grands physiologistes éviterait aux médecins de dire tant de bêtises et elle serait la source de tant de progrès.

« Car, si l'anatomie et la clinique sont à la base de la pratique, la physiologie est à la base du progrès. »

Neuro-psychiatrie. Syndromes. Maladies. Médecine légale. Traitement, par R. BENON, in-8°, 268 pages. Prix : 25 francs (*Edit. M. Vigné*).

L'auteur présente la pathologie mentale et nerveuse (neuro-psychiatrie) sous forme de syndromes et de maladies. Il décrit en détail les symptômes propres à chaque syndrome. Il discute longuement les diagnostics de syndromes. Puis il signale les maladies mentales et nerveuses, spéciales, généralement admises. Pour chaque syndrome ou maladie, il expose brièvement le traitement. Le premier chapitre, après quelques généralités et conseils pour l'examen du malade, est consacré au délire, affection non pas la plus commune, mais affection la plus objective, si on peut dire, et aussi la plus aisée à reconnaître. Viennent ensuite la démence, la manie ou hypersthénie, l'asthénie ou hyposthénie, la confusion mentale, l'onirisme, la psychose de Korsakoff, les troubles constitutionnels de l'intelligence et de l'émotivité, les obsessions-phobies, les obsessions-appétits, l'hystérie, l'épilepsie, l'aphasie, l'agnosie, l'apraxie, l'état second, enfin la perversité-type. La médecine légale est étudiée avec soin. Ensuite l'auteur développe la question difficile de la responsabilité ; enfin, la question de la capacité civile. Un index alphabétique précieux, sorte de dictionnaire de psychiatrie, termine le volume.

Psychiatrie, médecine et sociologie, par HENRI DAMAYE, médecin des asiles, in-16, 213 pages (*Librairie Félix Alcan*).

Voilà certes un petit ouvrage que tous les médecins liront avec gros intérêt. L'auteur y expose ce qu'est, en somme, la médecine mentale. Il montre en quoi la psychiatrie diffère profondément de la neurologie actuelle. Il montre la relativité de la psychiatrie, qui ne peut traiter ses malades et progresser que grâce à la médecine générale. La pathologie mentale n'est spécialité qu'en sa partie psychique que Damaye, avec assez de raison, attribue à la sociologie et à la psychologie autant ou plus qu'à la médecine. Tout le reste, c'est-à-dire la partie somatique, est purement et simplement de la médecine générale. Ceci n'avait pas encore été exposé avec cette clarté par les psychiatres. C'est pourquoi le nouveau livre de Damaye instruira vraiment ses lecteurs. Comme en ses précédents ouvrages, notre confrère apporte de nouvelles contributions à l'étude de sa spécialité et s'efforce de la faire bien comprendre. Il étudie ici les syndromes névropathiques associés aux troubles psychiques et expose des considérations pratiques fort utiles et à retenir, sur la thérapeutique des psychopathies. Ce dont nous le félicitons tout particulièrement est de bien faire ressortir la nécessité d'une collaboration constante entre les psychiatres et tous les autres médecins. Damaye a mille fois raison de répéter que la psychiatrie ne peut traiter et progresser que par une collaboration continuelle du spécialiste et de ses confrères. L'autonomie et l'isolement

CHRONIQUE DES LIVRES *(Suite)*

des psychiatres ont toujours eu pour conséquence la stérilité et la stagnation. Cet ouvrage, scientifiquement très instructif, peut être en même temps considéré, de par son esprit, comme une excellente contribution déontologique.

L'abolition isolée du réflexe pupillaire d'adaptation à la lumière (étude clinique du signe d'Argyll-Robertson), par le Dr ANNE-MARIE H. LAGRANGE, ancienne interne des hôpitaux de Paris. Un volume in-8° de 160 pages. Prix : 40 francs (*Gaston Doin et Cie, éditeurs*).

Après un avant-propos qui établit que l'élément essentiel du signe d'Argyll-Robertson est l'abolition isolée du réflexe pupillaire d'adaptation à la lumière (A. I. R. P. A. L.), après des notions préliminaires qui résument les connaissances anatomiques et physiopathogéniques classiques et récentes, ce livre contient une étude complète du problème clinique qui se pose lorsque ce trouble pupillaire est observé. Cette étude se divise en deux parties : historique, clinique.

Dans l'étude historique, il est rappelé qu'Argyll-Robertson a exposé sa découverte dans cinq observations qui sont rapportées et analysées en détail. Les cinq observations d'Argyll-Robertson se rapportent à des malades atteints de myosis spinal et font partie intégrante d'une étude d'ensemble faite sur le myosis spinal ; Argyll-Robertson n'a pas donné à cette occasion d'interprétation étiologique, n'a pas fourni d'études comparatives sur la fréquence de ce trouble en dehors des cas de myosis spinal. C'est à Babinski que le signe d'Argyll-Robertson doit, principalement, sa fortune et la découverte de ses relations avec la syphilis.

Dans l'étude clinique, il est exposé que l'interprétation de l'A. I. R. P. A. L. est complexe, car ce trouble peut exister dans la syphilis, mais aussi en dehors d'elle, dans des affections très variées du système nerveux et plus particulièrement dans les tumeurs et affections de la région pédonculaire où il prend une valeur localisatrice capitale.

Cette étude d'ensemble sur un trouble pupillaire qui a inspiré tant de travaux a un intérêt si général que tous les médecins liront avec profit cette excellente monographie basée sur des faits et inspirée d'esprit critique.

Les syndromes neuro-hématiques, par H. ROGER, professeur à la Faculté de médecine de Marseille, et J. OLMER, médecin des hôpitaux de Marseille. Un volume de 230 pages. Prix : 32 francs (*Masson et Cie, éditeurs, Paris*).

Les « syndromes neuro-anémiques » représentent le chapitre le plus important peut-être de ces syndromes neuro-hématiques tant par leur fréquence, le nombre des travaux qu'ils ont suscités, que par les problèmes théoriques et pratiques qu'ils posent.

A l'inverse des nombreuses éventualités où le sang s'appauvrit en globules rouges, il existe quelques cas où le nombre des hématies s'accroît au-dessus de la normale, d'où le nom de polyglobulies qu'on leur donne. Les auteurs exposent les *syndromes neuro-polyglobuliques* parmi lesquels la polyglobulie essentielle, qui se traduit par une série de syndromes neurologiques, joue le rôle essentiel.

Les manifestations nerveuses au cours des leucémies, de la maladie de Hodgkin, sont des connaissances relativement récentes. Les auteurs exposent la diversité d'aspects des « syndromes neuro-leucémiques », leurs manifestations cliniques, leur mécanisme pathogénique qui n'est pas uniforme.

Des syndromes neuro-hémophiliques et des syndromes neuro-hémogéniques groupés sous le titre général de « syndromes neuro-hémorragipares », les premiers sont les plus fréquents ; les auteurs s'étendent surtout sur les manifestations centrales ou périphériques nerveuses qui surviennent chez les hémophiles. Sous le nom de « syndromes neuro-posthémorragiques » sont étudiés les accidents nerveux consécutifs aux spoliations sanguines abondantes.

Après avoir examiné tous les cas où les maladies du sang retentissent sur le système nerveux central ou périphérique, les auteurs consacrent le dernier chapitre de ce livre aux cas où des modifications sanguines ou même des maladies du sang sont la conséquence d'altérations du système nerveux, « syndromes hémato-neuraux », ils envisagent heureusement les modifications de la série rouge et de la série blanche en se basant sur les données expérimentales et cliniques.

Une importante bibliographie termine chaque chapitre.

Annales de la clinique des maladies nerveuses et mentales de l'Université de Palerme. Vol. VI, 1934-1935, par le professeur R. COLELLA.

Ce beau volume contient les travaux publiés en deux ans par le professeur Colella et ses élèves et quelques travaux inédits. Il reflète ainsi la grande activité de la clinique neurologique de Palerme. On y trouvera en particulier plusieurs articles fort originaux du professeur Colella et de ses élèves sur le traitement de l'hémorragie cérébrale par l'auto-hémothérapie et sur la syphilis du système nerveux, de nombreux articles de psychiatrie par O. de Giacomo, G. Tripi, A. Bongiorno, G. Cardinale, des travaux de biologie consacrés par A. Tomasino, G. Rabboni, G. lo Cascio et G. Ciancimino, A. Bongiorno, G. Cardinale, R. Caserta, à des problèmes très divers, et en particulier à l'étude de la vitesse de sédimentation des globules rouges, de la créatininémie, de la masse du sang dans les diverses affections du système nerveux. Signalons encore les études de A. Rivela, consacrées aux séquelles de l'encéphalite épidémique ; un travail de A. Vitello sur la cysticercose cérébrale. Une série de travaux médico-légaux du professeur Colella termine ce volume, où tous ceux qui s'intéressent à la neurologie trouveront une mine de documents utiles.

JEAN LEREBOULLET.

Les encéphalites psychosiques, par L. MARCHAND et A. COURTOIS. Préface du Dr TOULOUSE. 31 microphotogravures, 144 pages. Prix : 25 fr. (*Le François, éd.*).

Il existe des encéphalites qui ne se traduisent cliniquement que par des troubles mentaux, d'où leur nom d'encéphalites psychosiques. Elles peuvent présenter une évolution aiguë, subaiguë ou chronique et on peut observer toute une gamme d'intensité allant des encéphalites curables aux encéphalites incurables et mortelles. Les

CHRONIQUE DES LIVRES *(Suite)*

auteurs exposent le rôle joué par les infections, les intoxications, les troubles du métabolisme et établissent l'importance des affections de l'enfance et des tares héréditaires entraînant la fragilité cérébrale.

L'encéphalite psychosique aiguë répond au syndrome délire aigu et, en raison de la constance d'une azotémie considérable, les auteurs lui ont donné le nom d'encéphalite psychosique aiguë azotémique. Les encéphalites subaiguës et chroniques se manifestent cliniquement par les syndromes mentaux les plus variés. Ce sont surtout les constatations anatomo-pathologiques qui ont permis de démontrer l'organicité d'affections mentales considérées jusqu'alors comme des psychoses à lésions inconnues.

Ce livre rendra de grands services aux psychiatres et aux neurologues en leur permettant, dans nombre de cas, de préciser la pathogénie de l'affection qu'ils auront à traiter.

Guerre. Émotions. Commotions. Surmenage, par M. R. BENON. Paris, in-8°, 220 pages. Prix : 25 fr. (*Edit. M. Vigné*).

L'auteur présente dans ce livre les syndromes névropsychopathiques, les maladies mentales et nerveuses, qui sont susceptibles de se produire à la guerre sous l'influence des émotions, des commotions et du surmenage. Dans la préface, il exprime quelques réflexions d'ordre médico-légal que lui a suggérées la guerre de 1914-1918, et, sans être pessimiste, il montre l'effort formidable et prolongé qu'il faudra accomplir pour mettre la guerre hors la loi et pour l'y maintenir. Le facteur émotionnel fait l'objet d'une étude détaillée, et l'on voit comment les hyperthymies simples ou complexes aboutissent à l'aliénation mentale. Les commotions, typiques et atypiques, engendrent les accidents immédiats prochains et lointains, les plus divers, surtout l'asthénie, l'amnésie, etc. Le surmenage, à la guerre, est un facteur extrêmement important de maladies nerveuses et mentales, et il a été peu étudié, malgré son grand intérêt. Il va de soi, affirme l'auteur, que toutes les névro et psychopathies qui se développent à la guerre du fait des émotions, des commotions, du surmenage, doivent être indemnisées, quelles que soient les idées qu'on puisse avoir sur les prédispositions personnelles ou héréditaires ; l'état antérieur, du point de vue médico-légal, ne saurait entrer en ligne de compte que d'une façon tout à fait exceptionnelle.

***Traitement chirurgical** de la maladie de Basedow et des goitres toxiques*, par L. BÉRARD et R. PEYCELON. 1 vol. (*Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1936*).

Cet ouvrage permet aux auteurs de faire le point sur la question de la chirurgie du goitre exophtalmique et des goitres toxiques. Entraînés de longue date à cette chirurgie si spéciale, forts d'une expérience clinique et opératoire prolongée, ils nous exposent avec une clarté et une précision remarquables leur conception de cette chirurgie thyroïdienne qui passait, il y a peu d'années encore, pour hautement meurtrière.

Rendant justice aux travaux des physiologistes et des médecins, les auteurs, en tête de ce livre, soulignent la nécessité d'une union étroite entre médecin et chirurgien dans la conduite du traitement. La chirurgie n'est plus, à l'heure actuelle, placée sous le seul signe de la virtuosité technique On comprend maintenant, grâce aux données de la physiologie, pourquoi les interventions en apparence les plus bénignes (ligatures d'artères, résections limitées unilobaires) entraînaient si souvent des accidents graves, voire même irrémédiables, et pourquoi, de toute façon, l'amélioration n'était que temporaire : le syndrome morbide réapparaissait à mesure que la glande reprenait un développement et une activité nouvelle.

Aujourd'hui la maladie de Basedow est justiciable de la *thyroïdectomie subtotale*, opération très large qui supprime pratiquement les récidives.

Mais il convient — et les auteurs y insistent — de poser judicieusement les indications opératoires et de savoir attendre l'heure propice pour l'acte chirurgical. C'est dire l'importance d'une préparation minutieuse de ces malades. L'hygiène, le repos, l'iode et la quinine forment la base du traitement médical préopératoire rationnel du basedowien.

Le choix de l'anesthésie, une technique précise et prudente, des manœuvres toutes de douceur permettent au chirurgien de pratiquer avec le maximum de sécurité la thyroïdectomie : on la fera subtotale, en un ou plusieurs temps, suivant l'état du malade avant l'opération et suivant le degré de la tachycardie au cours de l'acte chirurgical même.

L'observation de ces règles essentielles permet d'abaisser la mortalité, qui ne doit plus dépasser 4 à 5 p. 100 dans la maladie de Basedow.

A côté du goitre exophtalmique se rangent une série d'états voisins : adénome toxique, hyperthyroïdisme avec troubles cardiaques, hyperthyroïdisme au cours du cancer thyroïdien. Les auteurs consacrent les derniers chapitres de leur livre à l'étude des indications et des techniques que réclament ces différents processus pathologiques.

Il est enfin singulièrement instructif de comparer les résultats du traitement chirurgical du Basedow à ceux du traitement physiothérapique. Devant la qualité des guérisons, leur persistance, la conclusion s'impose d'elle-même.

ALBERT MOUCHET.

CHRONIQUE DES LIVRES *(Suite)*

Duchenne de Boulogne, par PAUL GUILLY. Un volume grand in-8° de 240 pages avec 32 illustrations. Prix : 40 fr. (*J.-B. Baillière et fils, éditeurs*).

En écrivant une thèse sur Duchenne de Boulogne, le Dr Paul Guilly s'est consacré à une des figures les plus attachantes du Panthéon médical. Une première partie, intitulée *la Vie*, montre quel grand et noble exemple donna Duchenne, qui, simple praticien, sans protection et sans titres, s'éleva, par son énergie invincible, son labeur obstiné, sa bonté agissante, la force de sa conviction ardente, et, parfois peut-être, un peu naïve, jusqu'à devenir un des premiers neurologistes du XIXe siècle, d'aucuns pourront dire le premier.

La seconde partie, *l'Œuvre*, est étendue à la mesure de l'importance de cette œuvre. M. Guilly expose avec soin la part que prit Duchenne à la création de la technique électrologique et cherche les raisons de sa fidélité exclusive à l'électrisation faradique : mais c'est naturellement l'œuvre clinique et physiologique qu'il envisage avant tout. Les grandes créations nosologiques de Duchenne sont successivement passées en revue : atrophies musculaires, ataxie locomotrice progressive, paralysies des nerfs périphériques. A propos de chacune, se place un vivant récit des luttes que dut soutenir Duchenne pour faire triompher ses idées. L'auteur indique quel était, avant Duchenne, l'état rudimentaire de ces problèmes : comme il a soin, d'autre part, d'esquisser aussi leur évolution contemporaine, cela constitue une très intéressante histoire de la neurologie moderne.

Duchenne a élevé à la Physiologie des Mouvements un monument grandiose. Il y fait preuve, avant tout, d'une analyse incomparablement fine et pénétrante. M. Guilly dit justement l'admiration qu'elle mérite, mais les vues synthétiques que renferme l'ouvrage ne sont pas, pour cela, passées sous silence. Enfin les études sur la physionomie humaine — une des parties de l'œuvre de Duchenne les moins connues, une de celles aussi qui ont le plus vieilli, — sont illustrées par la reproduction d'une série de belles figures.

La thèse se termine par un chapitre sur l'influence qu'a exercée l'œuvre de Duchenne et par la bibliographie de ses publications.

On sent, à chaque page du travail de M. Guilly, qu'il a été écrit avec piété. Le style est alerte et précis, la présentation réalisée par MM. J.-B. Baillière et fils est impeccable. On ne pouvait faire mieux pour exalter la mémoire d'un des plus grands médecins de tous les temps.

A. BAUDOUIN.

Le carbone activé intraveineux en thérapeutique, par le Dr B. MÉNÉTREL. Un volume de 205 pages (*Le François, éditeur, Paris*, 1935).

Dans cette fort intéressante thèse, l'auteur étudie l'action thérapeutique des injections intraveineuses d'une suspension de carbone à 2 p. 100. Après avoir étudié l'action respective du carbone animal et du carbone végétal auquel il donne la préférence, il étudie l'action physiologique du carbone activé, puis son action expérimentale qui se manifeste surtout comme antitoxique. Il étudie enfin son rôle thérapeutique au cours des infections, où il donne 58 p. 100 de succès, et essaie d'en préciser le mode d'action. Il insiste sur l'innocuité absolue de la médication. Ce travail rendra les plus grands services à tous ceux qu'intéresse cette nouvelle méthode thérapeutique.

J. L.

Précis de chimie, par A. TIAN, professeur à la Faculté des sciences de Marseille, et J. ROCHE, professeur à la Faculté de médecine de Marseille. Un volume de 970 pages, avec 72 figures (*Collection du P. C. B.*). Broché : 70 fr. ; relié : 80 fr. (*Masson et Cie, éditeurs*).

Le précis de chimie rédigé conformément au programme du certificat de physique, chimie, biologie (P. C. B.) permet aux futurs étudiants en médecine d'acquérir les connaissances indispensables à l'intelligence des processus chimiques et physico-chimiques dont les êtres vivants sont le siège. Il a donc une orientation biologique. Les auteurs ont apporté tous leurs soins à relier les faits entre eux, à les expliquer à partir des théories générales, afin de donner au lecteur moins la connaissance des phénomènes chimiques que le moyen de les comprendre.

L'ouvrage débute par des notions de chimie générale et de physico-chimie. On y trouve tout ce qu'il faut savoir sur les atomes et leur structure, la classification des éléments, l'énergétique et la cinétique chimiques, sur les solutions électrolytiques, les dissociations ioniques, les solutions colloïdales. Cette première partie constitue l'introduction indispensable à l'étude de la biologie.

La deuxième et la troisième partie sont consacrées à la chimie minérale. Restant fidèles au plan qu'ils ont adopté, les auteurs ne nous donnent pas un nouveau précis didactique, reproduisant, plus ou moins bien, ce que tant d'autres ont décrit. Ils ont fait mieux ; ils ont supprimé tout ce qui est inutile au biologiste et au médecin.

Ils agissent de même pour la chimie organique, mais ils lui accordent une plus grande place. Après avoir donné des renseignements sur l'analyse élémentaire, la classification des corps organiques et la stéréochimie, ils abordent l'étude de la série grasse. Vient ensuite la description des corps azotés qui débute par les amines. Les derniers chapitres sont consacrés aux trois groupes des lipides, glucides et protides.

La cinquième et dernière partie renferme l'histoire de la série cyclique, dont les composés ont une si grande importance en biologie et en thérapeutique.

ART ET MÉDECINE

UN CHIRURGIEN-DENTISTE, PEINTRE DE TALENT

PAUL BIÉTRY

M. Paul Biétry est né aux Verrières le 16 novembre 1894. Il appartient à une vieille famille franc-comtoise : les Biétry de l'Erguel, dont l'arbre généalogique remonte très loin et dont le nom est mêlé à de nombreuses légendes du pays comtois. Du côté maternel, son sang est suisse et tant soit peu allemand. On verra plus loin que ces renseignements concernant l'ascendance de ce



Sous-bois à Clamart.

peintre-chirurgien-dentiste expliquent un peu un certain goût artistique pour une peinture lourde, dense et ténébreuse, sérieuse et réaliste, aussi l'amour que professe l'artiste pour les sous-bois — car Paul Biétry semble bien avoir un cœur de forestier — et pour la nature morte familière.

Après de sérieuses études à l'École dentaire sous la direction des Drs Siffre et Lébédinsky et après s'être imprégné de l'enseignement des professeurs Fort, Dubois, Frison, Fouquet, Dauzier, Seimbille et du professeur Sebillo pour la dissection, M. Paul Biétry obtenait son diplôme de chirurgien-dentiste à la Faculté de Paris en 1918. Établi près du Théâtre-Français, il devait devenir très rapidement un amateur de tableaux, un habitué des Salons de peinture, et, guidé par un goût profond pour les œuvres solides de la jeune École française, un collectionneur enragé. S'il n'était resté que cela, comme tant de médecins et de chirurgiens célèbres dont les collections comprennent souvent de très authentiques chefs-d'œuvre, nous n'aurions peut-être parlé de lui dans cette chronique que pour vanter un jour son goût et dénombrer, pour nos lecteurs, sa collection.

Mais l'amour de la peinture provoque souvent des drames insoupçonnés. Il devait, en tout cas, profondément bouleverser la vie de notre chirurgien-dentiste qui, à force de réunir, d'étudier et d'admirer des œuvres d'art, finit par être, comme beaucoup de gens, tenté par le démon des peintres. M. Paul Biétry, à son tour, se mit donc à peindre. D'abord en amateur. Les beaux dimanches le virent, du côté de Chaville, de Meudon ou de Vélizy, voire simplement de Clamart, placé devant un chevalet et, pinceau en main, s'intéresser aux dernières allées boisées dont les arbres frissonnent aux immédiats environs de Paris. Après ses consultations, il lui arrivait aussi d'étudier quelques natures mortes constituées par un lapin écorché sur une table de cuisine, un faisan accroché au clou d'un volet, ou un très simple

ART ET MÉDECINE *(Suite)*

ensemble de légumes fraîchement rapportés d'un marché voisin.

Mais M. Paul Biétry ne concevait point ses études comme un divertissement passager. M. Paul Biétry est bien un amateur de belles choses, mais n'a jamais été, en tant que peintre, un amateur. Venu tardivement à l'art, il tint avant tout à étudier le plus sérieusement, je dirai le plus passionnément du monde. Il dessina beaucoup, peignit, détruisit et recommença inlassablement ses tableaux comme un bon élève qui tient à creuser son métier à fond.

Insatisfait, irrésolu, malgré sa foi et la comparaison facile qu'il pouvait faire de ses travaux avec ceux des jeunes maîtres de l'École de Paris qu'il détenait, M. Paul Biétry, avant de se donner tout à son art comme l'intention venait de lui venir, comme il en avait la tentation de plus en plus grande, tint à prendre quelques avis, à demander quelques désintéressés conseils. Il s'adressa à l'un des peintres les plus qualifiés, à M. Dunoyer de Segonzac; et lui demanda de lui dire, sans ambiguïté, ce qu'il pensait de ses essais. Les tableaux de M. Biétry étaient susceptibles de retenir l'attention de l'artiste par leurs qualités profondes, la densité de leur pâte, leur caractère sérieux et même par une certaine tristesse qui en sourd. L'avis du jeune maître fut sans réserves que M. Biétry possédait des dons véritables de peintre et qu'il pouvait, en donnant tout son temps à son art, en consacrant sa vie à la peinture, prendre assez vite un rang parmi les artistes de ce temps. Quelques critiques d'art appuyèrent cet avis autorisé. Ainsi, la vocation tardive de M. Biétry était confirmée et l'artiste ne devait plus — en sacrifiant les facilités d'une existence jusqu'alors consacrée à la science et à la chirurgie dentaire — que tout faire pour laisser épanouir son talent de peintre. Et voilà pourquoi nous comptons aujourd'hui un artiste de plus, et un artiste combien sincère !

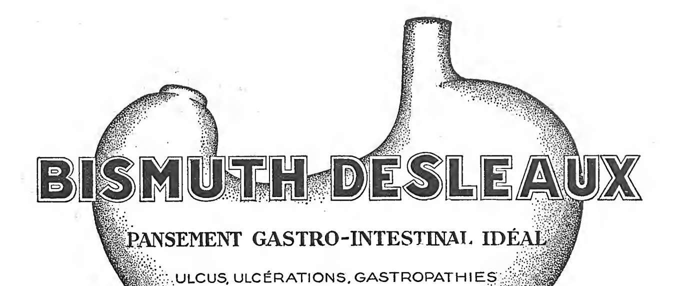


Paul Biétry vous apparaîtra comme une sorte de colosse vêtu, traditionnellement, d'un costume de velours sombre qu'affectionnent certains artistes. Il est puissant comme sa peinture et fait sa compagnie d'un danois admirable de robe qui accuse encore, s'il se peut, l'idée de force qu'impose son maître. L'artiste pourtant, comme l'animal, est d'une grande douceur, mais la barre de la volonté marque rudement son visage. Un tel homme ne pouvait être un peintre de petites scènes gentillettes, de paysages attendrissants aux colorations tendres. La couleur, du reste, M. Paul Biétry semble la répudier ou du moins mépriser son côté coruscant. Volontairement, il en oublie la séduction facile. Un tableau, pour lui, c'est une sorte d'acte de foi ; c'est tout au moins une affirmation. Il ne se contente pas d'étudier superficiellement un visage, un paysage ou une nature morte. Il veut en approfondir le caractère, descendre en eux comme on descend dans une mine pour en tirer les richesses cachées, et les mettre au jour.

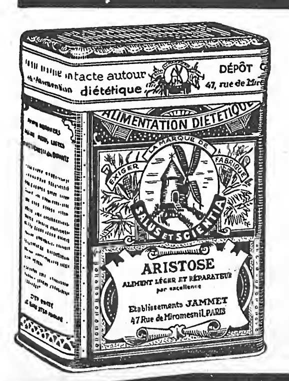
Le faire de ses tableaux est large, la brosse et le couteau, tour à tour, participent à la création



Nature morte aux salsifis.



FARINES MALTÉES JAMMET



Régime des
Malades - Convalescents
Vieillards

Alimentation progressive
et variée des Enfants

FARINES TRÈS LÉGÈRES:	FARINES LÉGÈRES:
RIZINE FARINE MALTÉE DE RIZ	**GRAMENOSE** AVOINE, BLÉ, MAÏS, ORGE
ARISTOSE A BASE DE BLÉ ET D'AVOINE	**BLÉOSE** FARINE MALTÉE DE BLÉ
CÉRÉMALTINE ARROW-ROOT, BLÉ, ORGE, MAÏS	**AVENOSE** FARINE MALTÉE D'AVOINE
ORGÉOSE FARINE MALTÉE D'ORGE	**LENTILOSE** FARINE MALTÉE DE LENTILLES

CACAO GRANVILLE
CACAO A L'AVENOSE - A L'ORGÉOSE, etc., etc.
LÉGUMOCÉRÉAL - ORGÉMASE - MATÉ SANTA-ROSA
CÉRÉALES spécialement préparées pour **DÉCOCTIONS**

USINE A LEVALLOIS -- BROCHURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

Ets. JAMMET, rue de Miromesnil, 47. PARIS

ART ET MÉDECINE *(Suite)*

de l'œuvre. La matière semble triturée, reprise inlassablement ; les touches sont agglutinées les unes aux autres, se chevauchent, car Paul Biétry se sert de la couleur pour charpenter ses tableaux, pour dessiner.

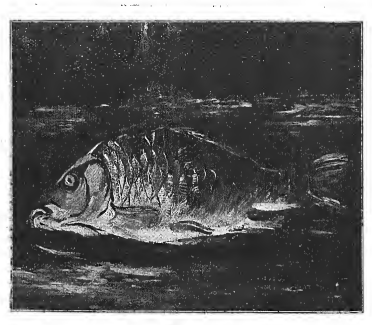
Bien sûr, de tels ouvrages n'ont pas la prétention de séduire l'œil à la première rencontre. Ses sous-bois des environs de Paris, ses allées forestières ensoleillées, qui presque toutes sont des allées montantes flanquées par des bouleaux, ne charment pas. Leur réalisme profond, dépouillé de toutes les fioritures qu'y ajoutent tant d'artistes sans sincérité, mais habiles à satisfaire le goût du grand public, est rude. Il rappelle celui de certains Courbet, compte tenu d'une harmonie plus mordorée et moins verdissante que celle de nombre d'œuvres du maître d'Ornans.

Mais le forestier que l'ascendance de M. Biétry pouvait faire prévoir se trahit tout de suite dès qu'il peint des arbres. Il les dresse puissamment vers le ciel dont il ne se soucie pas et dont on n'aperçoit que très peu d'azur au faîte de ses tableaux. Il entremêle leurs frondaisons, enchevêtre leurs branches, s'efforce de créer cette atmosphère un peu étouffante, oppressante même, qui est celle de la forêt et qui, parfois, vous angoisse. L'impression de solitude qu'on a dans les bois, leur silence pesant, voilà ce qu'a su rendre et faire sentir M. Paul Biétry. L'homme qui s'y recueille n'est distrait ni par le vol d'une feuille qui tombe, ni par le chant d'un oiseau...

Me trompé-je ? Les paysages de M. Biétry s'adressent à des penseurs plutôt qu'à des poètes. Et ils sont bien l'œuvre d'un homme qui médite plutôt que celle d'un rêveur.

Qu'on ne s'y trompe pourtant, l'esprit scientifique ne domine pas l'œuvre de M. Paul Biétry, ne l'a pas incité à construire ses tableaux suivant des données rigoureuses — mathématiques — qui trop souvent conduisent à la sécheresse. Au contraire, on ne peut que remarquer l'espèce de truculence, la sorte de dynamisme qui anime ses tableaux, même ses natures mortes, et je songe à cette *nature morte à la cruche et aux salsifis* qui est bien l'une de ses meilleures toiles et qui est profondément vibrante.

C'est peut-être, pourtant, comme peintre de natures mortes que M. Paul Biétry a des chances de faire une grande carrière artistique. Et je crois que son esprit positif, son amour de l'étude, y trouvent l'occasion de s'y manifester particulièrement.



La carpe.

Comme Chardin, comme Courbet encore, mais bien plus près de nous, comme nombre de peintres de l'École moderne, M. Paul Biétry s'est efforcé de créer de la beauté avec de pauvres objets domestiques, avec quelques légumes, avec de coutumières victuailles. Il a su composer ainsi toute une série de tableaux fort intéressants dont le vérisme populaire n'est pas sans s'appuyer sur une évolution du goût et des mœurs. Ses natures mortes pourraient fort bien être revendiquées par l'École populiste. Ce sont, si je puis dire, des natures mortes de cuisine.

Paul Biétry avait débuté aux *Indépendants* par

ART ET MÉDECINE *(Suite)*

un *lapin écorché* qui avait été remarqué par quelques critiques. Il persévéra dans ce genre, réunissant, tour à tour, des légumes et du pain, du gibier et des vivres, des fruits et des flacons, des boissons et des herbes, parfois quelques fleurs très simples : soucis, anémones, glaïeuls ou roses, mais de ces fleurs de marché que l'ouvrière trouve dans les voitures des marchandes de quatre saisons...

Ses natures mortes apparaissent toujours comme des fragments d'un intérieur ouvrier que la volonté du peintre isole d'un ensemble qu'on devine. Elles appartiennent ainsi à l'histoire de la vie quotidienne du peuple. Plus tard, on les comprendra parmi les œuvres les meilleures et les plus authentiquement sincères des peintres de la Réalité d'aujourd'hui. Je ne pense pas que M. Paul Biétry en demande davantage. Ayant renoncé à une carrière qui s'avérait dispensatrice de luxe, ou tout au moins d'aisance, pour se donner tout à son art et en tirer sa joie, le peintre ne semble pas avoir d'autre ambition que celle de laisser le nom d'un artiste à la probité inattaquable, incapable de composer avec le mercantilisme pour en tirer des avantages, avancer son succès, mais susceptible de vaincre les plus grandes difficultés matérielles pour affirmer, en pleine indépendance, sa volonté créatrice.

Georges Turpin.

LA MÉDECINE AU PALAIS

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE
LES TRAITEMENTS PAR ONDES ET RADIATIONS

(Suite et fin)

Attendu que, si le juge d'instruction de la Seine, chargé d'informer contre Maria Fornerod, avait décidé de laisser en dehors de son information les faits commis à Sées, la Cour de Paris n'en a pas moins déclaré la prévenue « convaincue *d'avoir à Paris et sur le territoire français* depuis temps non prescrit exercé illégalement la médecine » ; qu'à défaut de spécification des personnes soignées, cette formule, quoique formule de style, doit produire effet soit pour, soit contre la prévenue ; qu'ainsi les faits commis à Sées se trouvent compris dans la décision de la Cour de Paris : que, toutefois, le pourvoi en cassation empêche de considérer l'arrêt du 11 mars 1935 comme ayant autorité de chose jugée et qu'en conséquence, malgré la litispendance, le tribunal d'Alençon est contraint de prononcer sur les agissements qui lui ont été régulièrement déférés ;

Attendu que ces agissements, établis par l'information et les débats, se présentent sous un aspect invariable ; que Maria Fornerod ne faisait aucune publicité ; qu'elle ne se targuait d'aucun pouvoir ; qu'elle ne prescrivait ni régime, ni médicament ; qu'elle se bornait, pour amener le soulagement ou la guérison des malades, à apposer ses deux mains sur leur corps non dévêtu, au siège de la douleur ou au contact de la nuque ; qu'enfin, après une séance de vingt minutes, la guérisseuse acceptait du patient un honoraire spontané ;

Attendu que, pour les affections graves, le traitement comportait de multiples séances ; que des malades sont venus au cabinet de Sées pendant plusieurs mois, certains pendant plusieurs années ; que la circonstance de direction suivie ou d'habitude et la circonstance de but curatif sont évidentes ; que la seule difficulté proposée aujourd'hui par la défense est de savoir s'il s'agissait d'un « traitement », au sens de la loi du 30 novembre 1892 ;

Attendu qu'on ne saurait poser, en principe, qu'il y a traitement dans tout procédé quelconque tendant à la guérison ou à l'atténuation d'un état de maladie ; que décider ainsi conduirait à interdire à la mère de famille d'appliquer une série de cataplasmes ou de préparer habituellement une tisane à son enfant, le but curatif et la direction suivie étant d'ailleurs certains ;

Attendu que le seul traitement interdit aux non-diplômés est le traitement médical, par opposition aux autres moyens curatifs ; que l'utilisation du traitement médical se trouve, en raison de ses risques, réservé par le législateur aux médecins ; que le législateur a pensé qu'un tel moyen curatif ne pouvait être laissé à la disposition de tous et que la liberté en cette matière, si elle favorise parfois des activités utiles, ouvre aussi la porte à de graves abus ;

Attendu que cette notion de traitement interdit explique les deux arrêts de la Cour suprême invoqués expressément dans les conclusions de la défense ; que, dans l'affaire du berger Morel (*Crim.*, 25 juin 1908, *Gaz. Pal.*, 190.82.87), pour arriver à un acquittement, il a été constaté que tout reposait exclusivement sur la croyance du prévenu à un secours surnaturel et que ce berger n'avait employé « aucun moyen thérapeutique » ; qu'il était loin de prétendre transmettre un fluide au malade ; que, s'il plaçait une de ses mains sur le siège de la douleur, c'était en adressant une invocation mentale à un esprit dont il croyait pouvoir provoquer l'intervention favorable ; que,

A TOUTE APPLICATION DE L'ANTISEPSIE LOCALE CORRESPOND UNE FORME DE LA

CLONAZONE DAUFRESNE




CURATINE
INNOCUITÉ ABSOLUE.
PHÉNACÉTINE. THÉINE. PYRAZOLINE. BI-CARBONATÉE
PUISSANT ANALGÉSIQUE
BRUNET
ACTION RAPIDE.
1 à 4 cachets par jour
NÉVRALGIES DIVERSES.
RHUMATISMES. MIGRAINES
GRIPPES.
ALGIES DENTAIRES
DOULEURS MENSTRUELLES.

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

dans le cas de la femme Richou également acquittée (*Crim.*, 3 avril 1925, *Gaz. Pal.*, 1925.2.256), s'il arrivait parfois à cette prévenue d'imposer les mains sur le siège du mal et de faire des frictions par-dessus les vêtements, il n'y avait ni massages, ni émission d'ondes, ni passes magnétiques, les juges du fond déclarant que ces pratiques reposaient sur la croyance de la prévenue, femme de faible intelligence tenue pour hystérique, à un pouvoir surnaturel et que sa méthode générale consistait à dire ou à ordonner des prières, à invoquer les saints, en brûlant des cierges et en répandant de l'eau bénite ; qu'ainsi, on ne trouve dans cette espèce encore aucun traitement médical.

Mais attendu que le cas de Maria Fornerod est tout autre que ces cas d'acquittement ; que Maria Fornerod n'est ni une hystérique ni une thaumaturge ; que si, comme l'a affirmé le jugement de la Seine, elle reçoit de nombreux visiteurs « ayant confiance dans ses pouvoirs célestes », rien dans le dossier n'indique qu'elle-même ait cru ou déclaré qu'elle exerçait des pouvoirs de cette sorte ; qu'au juge d'instruction, elle a dit avec bonne foi et simplicité : « Mon seul art consiste à appliquer les mains sur les parties malades (c. 10). J'ai une sensation de froid, de chaud ou encore de douleurs violentes et je me dis : le mal est là. Je laisse mes deux mains sur la partie malade pendant un quart d'heure, vingt minutes (c. 23) » ; que, ni dans ses interrogatoires, ni dans les dépositions des 35 témoins, on ne trouve d'allusion au surnaturel ; qu'il n'y est jamais question de prière, d'invocation, de formule religieuse ou magique ; que le maire de Sées, traduisant l'opinion générale du pays sur les vertus de la guérisseuse, parle seulement de « son pouvoir magnétique » ; qu'enfin un physicien appelé à la barre par la défense a déclaré que, d'après son examen, la prévenue émettait des radiations particulièrement fortes, dépassant le cadre des appareils de mesure ; qu'ainsi la défense est mal venue, pour assimiler aux précédentes espèces, l'apposition des mains pratiquée par Maria Fornerod, à soutenir « que ces pratiques n'ont rien de médical, que leur origine est connue comme étant d'ordre rituel ou religieux » ; que cet argument d'audience ne répond aucunement aux faits de la cause, puisqu'on se trouve en présence d'une utilisation naturelle des radiations du corps humain ;

Attendu que, dans l'affaire Germaine de Rouen (*Crim.*, 20 juin 1929, *Gaz. Pal.*, 1929.2.270) ›

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

plus récente et plus riche d'enseignements que les deux espèces citées aux conclusions, la Cour d'appel de Nancy avait condamné pour exercice illégal de la médecine ; que, sur ce chef, elle n'avait pas adopté les motifs des premiers juges ; qu'elle s'était bornée à constater que la prévenue opérait « par magnétisme ou par suggestion » ; que le pourvoi de la condamnée a été cependant rejeté ; que, si l'utilisation du magnétisme pour une fin curative est un traitement médical, si l'utilisation thérapeutique des rayons Rœntgen a été considérée comme un traitement médical par le législateur de 1934, si la radiothérapie, la photothérapie, l'héliothérapie et l'électrothérapie sont des traitements médicaux, l'utilisation des ondes, radiations ou autres émanations du corps humain, pour la même fin curative, doit avoir le même caractère de traitement médical ;

Attendu que, s'agissant d'un traitement médical, Maria Fornerod ne pouvait l'exercer qu'en se soumettant aux prescriptions de la loi du 30 novembre 1892 ;

Par ces motifs, déclare la femme Fornerod convaincue d'exercice illégal de la médecine ; la condamne à 50 francs d'amende ; la condamne aux dépens.

Adrien Peytel,
Avocat à la Cour d'appel.

REVUE DES CONGRÈS

LA DEUXIÈME SEMAINE MÉDICALE INTERNATIONALE SUISSE

31 août-5 septembre 1936.

L'an dernier, nos amis suisses avaient réuni à Montreux, pendant une semaine, un certain nombre de médecins de tous pays. Le succès qui avait couronné leurs efforts les a incités à renouveler cette année leurs invitations à Lucerne. Il s'agit bien, en réalité, non de promenades et d'excursions, comme on le voit trop souvent dans certains Congrès, mais de véritable semaine de travail. Le professeur Gigon, de Bâle, assisté du Dr Wolf, était le grand instigateur de cette manifestation scientifique. Constamment sur la brèche, payant sans cesse de sa personne, on ne saurait lui être trop reconnaissant du gros effort qu'il a fourni. Il avait su réunir de nombreux conférenciers de tous les pays, dont certains sont l'illustration de la science médicale mondiale, qui étaient venus exposer le résultat de leurs recherches touchant une question qu'ils avaient tout spécialement travaillée.

(Voir la suite page VII).

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

La formule du travail nous parut particulièrement heureuse ; chaque matin, de 8 h. 30 à 13 h. 30, 4 à 5 conférences ; le soir, de 21 heures à minuit, s'ouvraient les discussions sur les sujets traités le matin, et le conférencier devait répondre aux questions qui lui étaient posées.

Il m'est impossible de relater ici le sujet de toutes les conférences, qui furent fort nombreuses, car elles atteignaient le chiffre de 25. Qu'il me soit permis simplement de donner les noms de quelques conférenciers pour montrer avec quel soin le professeur Gigou avait établi son programme. Nous entendîmes le professeur Günn, d'Oxford, le professeur Pick, de Vienne, le professeur Hesse, de Zurich, sur des questions de pharmacologie, le professeur Bing, de Bâle, sur la conception actuelle de l'hystérie, le professeur Jacobœus, de Stockholm, sur la bronchospirométrie, le professeur Szent-Gyorgy, dont le nom est inséparable de la découverte de l'identification de la vitamine C, avec l'acide ascorbique, de Szeged sur les métabolismes intermédiaires et la fermentation, le professeur Mellanby, de Londres, qui, par des films et des projections, nous fit assister à ses recherches sur les lésions nerveuses dans les carences, le professeur Wolff, d'Albrecht, sur les avitaminoses. Je n'aurais garde de passer de passer sous silence la remarquable conférence si pleine d'entrain et si riche de faits du professeur Sauerbruch, de Berlin, touchant les interventions chirurgicales dans certains troubles endocriniens. Le jeudi, nous étions reçus à l'Université de Zurich par l'aimable doyen, le professeur Loeffler ; après une série de conférences, notamment du professeur Loeffler sur les dilatations bronchiques, du professeur Gaumann sur le problème de l'immunité chez les plantes, un très copieux et très pittoresque déjeuner par petites tables nous réunissait dans les galeries intérieures entourant le hall des Beaux-Arts.

Les jours suivants j'aurais garde d'oublier les conférences du professeur Frontali, de Padoue, du professeur Heubner, de Berlin, du professeur Zangger, de Zurich, du professeur Roch, de Genève, du professeur Henschen, de Bâle, et du professeur Deker, de Lausanne.

Trois Français étaient inscrits au programme : le professeur Grégoire sur le traitement de l'ictère hémophilique chirurgical; un deuil inopiné l'empêcha de venir ; le Dr Pélu, de Lyon, sur les anémies graves et les altérations osseuses chez l'enfant, et enfin j'eus l'honneur de faire une conférence sur les conceptions actuelles touchant la néphrose lipoïdique.

Je regrette de ne pouvoir ici vous donner un exposé de ces diverses conférences extrêmement intéressantes et documentées.

Dans les réunions, le soir, la plus franche cordialité n'a cessé de régner, et à voir réunis aussi paisiblement, à discuter des questions scientifiques des personnalités de nationalités si diverses, je me demandais pourquoi il n'en pourrait être de même d'autres discussions de nature très différente.

Dans ce site enchanteur du lac de Lucerne, les après-midi nous permettaient un délassement bien gagné ; nos hôtes suisses multipliaient pour leurs invités les attentions ; nous fûmes reçus par les autorités de la ville et du canton au cours de promenades sur le lac. M. et Mme Frey-Bauman nous accueillirent dans leur merveilleuse propriété où un somptueux goûter nous permettait, sur les terrasses de leur parc, de goûter à la fois la succulence de la pâtisserie suisse et l'inoubliable beauté de ses paysages ; nous pûmes goûter ainsi l'amicale réception du professeur Loeffler et du professeur au home familial.

Une soirée fut réservée aussi à la musique et nous pûmes entendre Fanconi, le merveilleux trio Serkin-Busch dans un trio de Beethoven et un trio de Schubert.

J'eus le très grand plaisir de retrouver à Lucerne quelques médecins français, mais ils étaient vraiment bien peu nombreux et nos amis suisses regrettaient vivement cette absence. Fort heureusement, nous avions au milieu de nous l'un de nos maîtres parisiens les plus aimés, le Dr Béclère, dont la verte vieillesse devrait servir d'exemple à nos collègues plus jeunes qui délaissent un peu trop ces manifestations de la médecine internationale. Le Dr Béclère, accompagné de Mlle Béclère, dont le charme et l'entrain s'allient à un précieux polyglottisme, tint à prendre la parole au nom du plus âgé des étudiants ; on ne saurait oublier du reste qu'il est docteur *honoris causa* de l'Université de Zurich.

Nous revîmes avec plaisir d'anciens amis comme le professeur Roch, de Genève, le professeur Michaud, de Lausanne; nous fîmes la connaissance de l'aimable professeur Bing, de Bâle, avec lequel nous égrenâmes, durant les traversées du lac, des souvenirs sur Dejerine, son école et ses élèves et sur la neurologie française en général du professeur Lœffler, de Zurich, du professeur R. Staehelin, de Bâle, du professeur Rosselet, et de bien d'autres pour ne parler que de nos confrères suisses ; je n'ai garde d'oublier le professeur Askanazy, de Genève, avec lequel on a toujours si grand profit à converser.

Cette semaine médicale a dû donner à son instigateur, le professeur Gigon, et au grand journal suisse qui la patronnait, les *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, l'intime joie d'une très belle réussite.

Dans ces temps si troublés que nous traversons, il est bon de voir se réunir et se mieux connaître les savants de tous les pays, et on ne peut que s'associer ici aux éloquentes paroles prononcées à Zurich par le professeur Sauerbruch, de Berlin : l'homme de science, par l'influence qu'il peut avoir sur ses élèves, devrait être un des agents les plus puissants de la paix.

F. RATHERY.



REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

IIIe CONGRÈS NATIONAL DES MÉDECINS AMIS DES VINS DE FRANCE

Ce Congrès s'est tenu à Dijon-Beaune-Mâcon du 18 au 20 septembre, sous la présidence du professeur Portmann.

A la séance inaugurale assistaient le Dr Chauveau, sénateur ; M. Boulet, député, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; le directeur de l'Ecole de médecine de Dijon, le Dr Ozanon, président du Comité d'organisation du Congrès ; le Dr Eylaud, secrétaire général de l'Association des Médecins amis des Vins de France, et de nombreuses personnalités politiques et administratives.

Après l'exposé du secrétaire général concernant l'action de l'Association depuis le dernier congrès national (premier Congrès international de Lausanne, création des sections de Champagne, d'Alsace et d'Algérie, organisation d'un referendum, etc., etc.), M. le professeur Portmann dans un discours magistral a défini le but des médecins amis des Vins de France et, après avoir remercié tous ceux qui lui apportent leur concours, fait appel à tous les médecins pour continuer la croisade scientifique en faveur du vin. M. le professeur Portmann fit table rase des objections sans fondement des adversaires d'une cause qui s'avère chaque année encore plus nécessaire.

Au cours des séances qui suivirent, différents rapports furent présentés :

La thérapeutique par le vin et les vins médicinaux (Dr Maurice des Ouches, Paris). — Le vin dans l'usage externe, en particulier pour le traitement des plaies (Dr Nouailhac, Brive). — Cure thermale et cure uvale (Dr Boudry, La Bourboule). — Jus de raisins et cure de raisins (Dr Giraudon, Paris). — Le vin en chirurgie (Dr Eylaud, Bordeaux). — La thérapeutique du vin dans les convalescences chirurgicales. (Dr Masini, Marseille). — Le vin et l'ail dans la peste et le typhus abdominal (Dr Ribot, Marseille). — Propriété antianaphylactique du vin dans un cas d'urticaire (Dr Weissenbach, Paris). — La natation et les produits de la vigne (Dr Maronneaud, La Rochelle). — Le vin en pharmacie (M. Devaux). — A propos du jus de raisin (M. Jaunel). — Le vin chaud (Professeur P. Boulet, Montpellier). — La technique de la dégustation du vin et psycho-physiologie du goût (Dr Bérillon, Paris). — La lumière, le raisin, le vin (Dr Foveau de Courmelles, Paris). — Le vin en diététique dermatologique (Dr David-Chaussée, Bordeaux). — Un peu de médecine et d'histoire en Bourgogne (Dr Blanchet, Buxy) — Monseigneur le vin vu par quelques médecins du grand siècle (Dr Henri Chaumartin, Pont-l'Evêque). — Le vin et le psychisme (Dr Barbier, Paris). — Nouvelles notes sur la radio-activité du vin (Dr Cuvier, Bordeaux). — De l'influence des traitements subis par la vigne sur les propriétés organoleptiques et hygiéniques du vin. Action des produits chimiques employés en vinification (Dr Meyer, Dijon). — Au sujet du collage bleu (Dr Fagouet, Bordeaux). — Pourquoi de tous les vins devons-nous donner la préférence aux vins de France (Dr Lacat, Paris).

Puis ce fut, pendant deux jours, « en guise de travaux pratiques », comme l'a dit le professeur Portmann, un voyage triomphal à travers le vignoble bourguignon.

... toujours poussés vers de
Nouveaux breuvages

Les congressistes furent reçus à Marsannay, Nuits-Saint-Georges (Etablissements Challand), au clos de Vougeot, à Aloxe-Corton, Beaune, Meursault, Bissey-sous-Cruchaud, Saint-Gengoux-de-Scissé, Moulin-à-Vent, Fleurie, Macon.

Réceptions fastueuses, inoubliables.

NOUVELLES

Concours pour l'obtention du titre d'assistant des hôpitaux coloniaux. (*Décret du* 10 *août* 1936). — ARTICLE PREMIER. — Le premier alinéa de l'article premier du décret du 22 août 1928 instituant un concours pour l'obtention du titre d'assistant des hôpitaux coloniaux est complété comme suit:

Après les mots : « Electro-radiologie », ajouter : « Stomatologie ».

Le troisième alinéa de l'article premier dudit décret du 22 août 1928 est abrogé et remplacé par le suivant :

« Peuvent seuls y prendre part, sous réserve de l'autorisation du ministre de la Défense nationale et de la Guerre, les médecins capitaines et les médecins lieutenants des troupes coloniales de l'armée active présents en France ou effectuant un séjour métropolitain en Algérie-Tunisie au moment du concours et ayant accompli un séjour normal aux colonies, en Chine, au Maroc ou au Levant. »

ART. 2. — Le premier alinéa de l'article 2 dudit décret du 22 août 1928 est abrogé et remplacé par le suivant :

« Les candidats désignés après chaque concours sont, suivant leur catégorie, placés en stage pour tenir l'emploi d'assistants de médecine, de chirurgie, de bactériologie, d'électroradiologie ou de stomatologie, auprès des chefs de service dans les hôpitaux militaires, les salles militaires des hospices mixtes, les laboratoires de bactériologie ou les services d'électro-radiologie et de stomatologie qui sont désignés par décision ministérielle. »

ART. 3. — L'article 3 dudit décret du 22 août 1928 est complété comme suit :

Après le septième alinéa, ajouter :

« 5° Pour la section « stomatologie », un professeur (chirurgie) de l'École d'application du service de santé des toupes coloniales, un médecin colonel ou lieutenant-colonel, un chirurgien des hôpitaux coloniaux et un chef ou ancien chef du service de stomatologie ».

Après le huitième alinéa, ajouter, *in fine* :

« Et pour la section de stomatologie : parmi les chirurgiens des hôpitaux coloniaux ».

Concours pour l'obtention du titre de médecin des hôpitaux coloniaux, chirurgien des hôpitaux coloniaux, spécialiste des hôpitaux coloniaux, et de pharmacien chimiste du Service de santé des troupes coloniales. (*Décret du* 10 *août* 1936). — ARTICLE PREMIER. — Le premier alinéa de l'article premier du décret du 22 août 1928, instituant

NOUVELLES *(Suite)*

un concours pour l'obtention du titre de médecin des hôpitaux coloniaux, chirurgien des hôpitaux coloniaux, spécialiste des hôpitaux coloniaux et de pharmacien chimiste du service de santé colonial, est modifié comme suit :

Supprimer les mots : « spécialiste des hôpitaux coloniaux ».

Le troisième alinéa de l'article premier du décret précité est modifié comme suit :

Supprimer les mots : « compris dans la première moitié de la liste d'ancienneté de leur grade établie au 1er janvier de l'année du concours ».

ART. 2. — L'article 3 du décret précité du 22 août 1928 est abrogé et remplacé par le suivant :

« Il est institué un concours pour le titre de spécialiste des hôpitaux coloniaux dans les catégories suivantes :

« Neuro-psychiatrie et médecine légale.

« Bactériologie et anatomie pathologique.

« Ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie.

« Electro-radiologie, physiothérapie.

« Ce concours est, en principe, annuel.

« Peuvent y prendre part, sous réserve de l'autorisation du ministre de la Défense nationale et de la Guerre :

« Les médecins capitaines et les médecins commandants de l'armée active, présents en France, ou effectuant un séjour métropolitain en Algérie, Tunisie, au moment du concours et ayant accompli au moins quatre ans de séjour aux colonies, en Chine, au Maroc ou au Levant.

« Les conditions et le programme de chaque catégorie du concours feront l'objet d'une instruction ministérielle.

ART. 3. — L'article 4 du décret précité du 22 août 1928 est abrogé.

ART. 4. — Le quatrième alinéa de l'article 5 du décret précité du 22 août 1928 est abrogé et remplacé par le texte suivant :

« Un membre civil médecin ou chirurgien ou spécialiste des hôpitaux civils de Paris, ou professeur ou agrégé des Facultés de médecine ».

Le sixième alinéa de l'article 5 du décret précité du 22 août 1928 est complété comme suit :

Après le mot : « chirurgien », ajouter : « ou spécialiste ».

Les septième, huitième et neuvième alinéas de l'article 5 du décret précité sont abrogés.

ART. 5. — Le premier alinéa de l'article 9 du décret précité du 22 août 1928 est abrogé.

Organisation de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales. (*Décret du* 10 *août* 1936). — ARTICLE PREMIER. — Le deuxième alinéa de l'article 10 du décret du 22 août 1928, fixant l'organisation de l'École d'application du service de santé des troupes coloniales, est abrogé et remplacé par le texte suivant :

« Les médecins commandants et les médecins capitaines, les pharmaciens commandants et les pharmaciens capitaines des troupes coloniales présents en France ou effectuant un séjour métropolitain en Algérie, Tunisie, et ayant accompli au moins un séjour normal aux colonies, en Chine, au Maroc ou au Levant, sont seuls admis à concourir. »

XXIIIe Congrès d'hygiène, Paris, Institut Pasteur, les 19, 20, 21 et 22 octobre 1936. — Le XXIIIe Congrès d'hygiène, organisé par la Société de médecine publique et de Génie sanitaire, s'ouvrira sous la présidence effective de M. Henri Sellier, ministre de la Santé publique, et de Mme Suzanne Lacore, sous-secrétaire d'Etat à la Protection de l'Enfance ; il tiendra séances les lundi 19, mardi 20, et mercredi 21 octobre 1936, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. le professeur E. Leclainche, membre de l'Institut, directeur de l'Office international des Epizooties, président de la Société pour 1936.

Lundi 19 *octobre*. — 9 heures. Ouverture du Congrès. Allocution de M. le professeur E. Leclainche, président de la Société. Allocution de M. Henri Sellier, ministre de la Santé publique.

Rapports et communications. — I. ÉPIDÉMIOLOGIE : ORGANISATION DANS LE CADRE NATIONAL ET DANS LE CADRE INTERNATIONAL D'UN SERVICE D'ÉPIDÉMIOLOGIE.

L'Epidémiologie des maladies contagieuses de l'homme. — Rapport de M. le Dr X. Leclainche, chef de service au ministère de la Santé publique.

L'Epidémiologie des maladies infectieuses des animaux (organisation d'un service national et d'un service international). — Rapport par M. le professeur Panisset, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique, membre du Comité consultatif des Epizooties.

Rapports, communications, conférences. — 14 heures. M. le Dr Ichock : *La statistique du service d'Epidémiologie*.

M. le professeur Parisot, directeur de l'Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Nancy, et M. le Dr Robert-Lévy, inspecteur départemental d'hygiène de Meurthe-et-Moselle : *Comment a été organisé pratiquement dans le département de Meurthe-et-Moselle le service d'épidémiologie des brucelloses*.

M. le Dr Robert-Lévy : *Essai, dans le cadre du département de Meurthe-et-Moselle, de désinfection continue des locaux et de l'atmosphère des salles de classe*.

15 h. 30. Conférence par M. le Dr Lamy, directeur des Services d'hygiène de Seine-et-Marne : *Données actuelles sur la désinfection*.

16 h. 30. Conférence de M. le professeur Levaditi, membre de l'Académie de médecine, chef de service à l'Institut Pasteur : *Les ultra-virus*.

17 h. 30. Réunion du Syndicat des médecins hygiénistes (réunion privée).

Rapports et communications. — II. LES VACCINATIONS ASSOCIÉES.

Mardi 20 *octobre*. — 9 heures. 1° *Les vaccinations associées en médecine humaine*.

a. *Les vaccinations associées dans l'armée*, par MM. les professeurs Dopter et Sacquepée, médecins-généraux inspecteurs, membres de l'Académie de médecine, et M. le professeur Pilod, du Val-de-Grâce ;

b. *Vaccination associée contre les infections typhoïdiques et la diphtérie chez les adultes* (1926-1936), par MM. les Drs Loiseau et Laffaille, de l'Institut Pasteur.

2° *Les vaccinations associées en médecine vétérinaire*, par M. le vétérinaire commandant M. Descazeau.

M. le professeur Debré, membre de l'Académie de médecine et M. le Dr Henri Bonnet, chef de travaux à la Faculté de médecine : *Incidents au cours de la vaccination antityphoïdique*.

M. le professeur Lisbonne, professeur à la Faculté de

NOUVELLES *(Suite)*

médecine de Montpellier : *Traitement des porteurs de germes diphtériques par le sulfate d'oxyquinoléine.*

M. le Dr Robert Clément, médecin des hôpitaux de Paris : *Immunisations provoquées du personnel médical et infirmier des hôpitaux et dispensaires.*

Rapports. — III. L'ENSEIGNEMENT DE L'HYGIÈNE EN MÉDECINE VÉTÉRINAIRE.

14 heures. 1° *Enseignement de l'hygiène dans les Ecoles vétérinaires.*

Rapport par M. le professeur Simonet, professeur agrégé à l'Ecole de médecine vétérinaire d'Alfort.

2° *Services que les enquêtes vétérinaires peuvent rendre à la Santé publique.* Rapport par M. le Dr vétérinaire Frisson, Inspecteur général des Services vétérinaires.

16 heures. Conférence. M. le professeur G. Penso, de Rome, membre de l'Institut de la Santé publique, membre de l'Académie royale de médecine : *Le méningotyphus éruptif des porchers.*

17 heures. Réunion du Syndicat des médecins hygiénistes (réunion privée).

Mercredi 21 octobre. — Le mercredi 21 octobre, à 9 heures, au grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, la Société de météorologie médicale, filiale de la Société de médecine publique, tiendra séance sous la présidence de M. le professeur Mouriquand, professeur de clinique médicale infantile à la Faculté de médecine de Lyon.

9 h. à 10 heures. Réunion de la Société, séance privée.

10 heures. Séance publique.

RAPPORT. — M. le professeur Vlès, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg. Démonstration d'un appareil de mesure d'ionisation de l'atmosphère. Applications.

M. le professeur Mouriquand et M. P. Josserand : *Diététique et météorologie climatique.*

M. le professeur Mouriquand et M. Peretti : *Action de la chaleur sur l'évolution de la dystrophie scorbutique expérimentale.*

M. le professeur Mouriquand, Mlle Weil et M. Charpentier : *Agitation extrême dans une crèche coïncidant avec un important phénomène météorologique.*

M. le professeur Mouriquand et M. G. Rolier : *Action de l'U. V. sur la nutrition oculaire des animaux carencés* (A. et C.)

16 heures. Conférence par M. le Dr Hazemann, médecin-inspecteur de l'O. P. H. S., chef de cabinet technique de M. le ministre de la Santé publique : *Les centres de santé et de travail social.*

20 heures. Banquet par souscriptions (s'inscrire au Secrétariat du Congrès).

AVIS IMPORTANT. — Par décision du Conseil d'administration de la Société, les auteurs de communications devront se conformer aux prescriptions suivantes, qui seront strictement appliquées :

1° Les communications ne devront pas avoir plus de quatre pages (pages de 39 lignes ; lignes de 52 lettres), format du *Mouvement sanitaire,* et leur exposé ne pourra durer plus de dix minutes ;

2° Les manuscrits devront être adressés au Secrétariat avant le 15 octobre, dernier délai. Les auteurs sont priés d'y joindre un résumé (10 à 15 lignes), avec un minimum de vingt duplicata destinés à la presse ;

3° Le texte devra être dactylographié, corrigé *ne varietur,* et prêt pour l'impression. Il n'est pas, en effet, envoyé d'épreuve aux auteurs ;

4° Les demandes de tirés à part devront être adressées directement au *Mouvement sanitaire,* 52, rue Saint-Georges, Paris.

Travaux pratiques de laboratoire, Clinique des maladies cutanées et syphilitiques, hôpital Saint-Louis. — Une série de travaux pratiques de laboratoire appliqués à la Dermatologie et à la Syphiligraphie, aura lieu au Laboratoire de la Faculté (hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat), sous la direction de Mlle le Dr Olga Eliascheff, chef de laboratoire, le 13 octobre.

Les séances auront lieu les mardis et samedis, de 17 à 19 heures.

PROGRAMME DU COURS. — Ultra-microscopie. Coloration du tréponème. Spirilles banaux. Réaction de Meinicke. Ponction lombaire. Liquide céphalo-rachidien. Bacille de Ducrey. Gonocoques. Microbes pyogènes. Autovaccins. Bacilles tuberculeux. Bacille de Hansen. Mycoses. Sporotrichoses. Teignes. Examen direct. Cultures. Hématologie. Technique de la biopsie. Coupes (inclusion et coloration).

Les élèves font les manupulations individuellement. Ils peuvent emporter les préparations, les coupes et les cultures.

Un certificat leur est remis à la fin de la série des travaux pratiques.

Prix du cours : 500 francs.

Les bulletins de versement sont délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures ou Salle Béclard (A. D. R. M.) tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

Pour tous renseignements : S'adresser à Mlle le Dr Olga Eliascheff, laboratoire de la Faculté, hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, les mardis et vendredis de 10 à 11 heures.

Cours de perfectionnement sur la tuberculose (Chaire de clinique de la tuberculose, hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres, et Dispensaire Léon-Bourgeois, 65, rue Vaneau). Ce cours est organisé avec le concours du Comité national de Défense contre la Tuberculose, par MM. E. RIST et P. AMEUILLE, avec la collaboration de M. le professeur F. Bezançon, de MM. L. Ribadeau-Dumas, P. Jacob, J. Levesque et A. Ravina, médecins des hôpitaux, A. Maurer, chirurgien des hôpitaux, G. Maingot, électroradiologiste de l'hôpital Laennec ; MM. E. Brissaud, J. Rolland, E. Coulaud, F. Hirschberg, E. Hautefeuille, L. Pellissier, A. Soulas, Hinault, Kadeiski, et Mlle M. Blanchy, assistants et anciens assistants ; M. S. Doubrow, chef de laboratoire à la Faculté, J.-E. Evrot, sous-directeur du Comité national et Ch. Troemé, médecin-chef du Sanatorium de Seyssuel.

Ce cours, d'une durée de quatre semaines, commencera le *lundi 19 octobre 1936, à 11 heures,* à la Salle des Conférences de la clinique de la tuberculose, à l'hôpital Laennec. Il se composera de leçons et d'exercices pratiques.

PROGRAMME DES LEÇONS. — *Lundi 19 octobre, à 11 heures.* M. Rist : Principes généraux du diagnostic de la tuberculose pulmonaire. — *16 heures.* M. Bezançon : Le bacille tuberculeux. — *Mardi 20 octobre, à 16 heures.* M. Coulaud : Tuberculine et réactions tuber-

NOUVELLES *(Suite)*

culiniques. — *Mercredi 21 octobre, à 16 heures.* M. Rist : Valeur diagnostique et pronostique des symptômes fonctionnels et généraux de la tuberculose pulmonaire. — *Jeudi 22 octobre, à 11 heures.* M. Ameuille : Les lésions anatomiques de la tuberculose pulmonaire. — 16 *heures.* M. Rolland : L'allergie tuberculeuse. — *Vendredi 23 octobre, à 16 heures.* M. Hirschberg : Technique du Pneumothorax artificiel. — *Samedi 24 octobre, à 11 heures.* M. Rist : Les signes de percussion et leur notation graphique. — 16 *heures.* M. Ameuille : Les signes radiologiques de la tuberculose pulmonaire. — *Lundi 26 octobre, à 11 heures.* M. Rist : Les signes d'auscultation et leur notation graphique. — 16 *heures.* M. Hirschberg : Accidents et complications du Pneumothorax artificiel. — *Mardi 27 octobre, à 16 heures.* M. Brissaud : Oléothorax, thoracoscopie et section de brides. — *Mercredi 28 octobre, à 16 heures.* M. Rist : Indications, durée, cessation du pneumothorax artificiel. — *Jeudi 29 octobre, à 11 heures.* M. Maurer : Les interventions chirurgicales dans la tuberculose pulmonaire. — 16 *heures.* M. Soulas : L'endoscopie rhinopharyngée et trachéobronchique. — *Vendredi 30 octobre, à 16 heures.* M. Hirschberg : Résultats du pneumothorax artificiel. — *Samedi 31 octobre, à 11 heures.* M. Rist : Tuberculose et gravidité. — 16 *heures.* — Mlle Blanchy : Résultats de la phrénicectomie. — *Lundi 2 novembre, à 11 heures.* M. Jacob : Traitement des accidents et complications de la tuberculose pulmonaire. — 16 *heures.* M. Ravina : La cure d'aération et de repos. — *Mardi 3 novembre, à 16 heures.* M. Hinault : La chrysothérapie de la tuberculose pulmonaire. — *Mercredi 4 novembre, à 16 heures.* M. Pellissier : La tuberculose intestinale. — *Jeudi 5 novembre, à 11 heures.* — M. Rist : Charlatanisme et tuberculose. — 16 *heures.* — M. Kudelski : Les tuberculoses abortives. — *Vendredi 6 novembre, à 16 heures.* M. Soulas : La laryngite tuberculeuse. — *Samedi 7 novembre, à 11 heures.* M. L. Ribadeau-Dumas : La tuberculose du nourrisson. — 16 *heures.* — M. Hautefeuille : Technique du Dispensaire anti-tuberculeux. — *Lundi 9 novembre, à 11 heures.* M. Rist : La dilatation des bronches et son traitement. — 16 *heures.* M. Doubrow : Les tuberculoses miliaires. — *Mardi 10 novembre, à 16 heures.* M. Couland : Prémunition de la tuberculose par le B. C. G. — *Jeudi 12 novembre, à 11 heures.* M. Maingot : Organisation d'un laboratoire radiologique pour le diagnostic de la tuberculose. — 16 *heures.* M. Rolland : Les néoplasmes pulmonaires et médiastinaux. — *Vendredi 13 novembre, à 16 heures.* M. Evrot : Organisation de la prophylaxie sociale de la tuberculose. — *Samedi 14 novembre, à 11 heures.* M. Levesque : La tuberculose de la seconde enfance. — 15 *heures.* — M. Trocmé : La mécanique respiratoire et le pneumothorax artificiel. — 16 *heures.* — M. Rist : Principes généraux de la prophylaxie antituberculeuse.

Les exercices pratiques comprendront : 1° La recherche des bacilles tuberculeux dans les produits pathologiques ; 2° L'examen clinique des malades dans les salles d'hospitalisation, dans les services de M. Rist à l'hôpital Laennec et de M. Ameuille à l'hôpital Cochin ; 3° Des démonstrations radioscopiques et l'interprétation des clichés ; 4° Le fonctionnement du dispensaire antituberculeux ; 5° Le rôle du Service social à l'hôpital ; 6° La pratique du pneumothorax artificiel ; 7° Des démonstrations pratiques de laryngoscopie, de trachéobronchoscopie et de bronchographie lipiodolée ; 8° Des démonstrations pratiques de pleuroscopie ; 9° Des visites :

a. Au service de chirurgie thoracique de l'hôpital Laennec (MM. les Drs Lardennois et Maurer) ;

b. Au service des femmes tuberculeuses de la clinique d'accouchements Baudelocque (M. le professeur Couvelaire) ;

c. Au service des nourrissons de la Salpêtrière (M. le Dr Ribadeau-Dumas) ;

d. Au laboratoire du B. C. G. de l'Institut Pasteur (M. le professeur Guérin) ;

e. Au sanatorium de Bligny (M. le Dr Guinard).

Le Comité national de Défense contre la Tuberculose met à la disposition des médecins de dispensaires ou des candidats au poste de médecins de dispensaires, désireux de suivre ce cours, un certain nombre de bourses :

S'adresser à M. le Dr Arnaud, directeur général du Comité national, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

Les droits à verser sont de 250 francs. Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté de médecine, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures (guichet n° 4), et Salle Béclard (A. D. R. M.) à la Faculté, tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

10 Octobre. — *Fontainebleau.* Hôpital. Concours de l'internat de l'hôpital de Fontainebleau.

10 Octobre. — *Paris.* Hôpital Saint-Louis. A 10 h., Journée du rhumatisme.

10-14 Octobre. — *Genève.* VIe session de l'Office international de documentation de médecine militaire.

12 Octobre. — *Grenoble.* Ecole de médecine. Concours pour la nomination de chirurgiens des hôpitaux de Valence.

12 Octobre. — *Paris.* Première épreuve écrite du concours de l'internat et pour les prix de l'externat.

12 Octobre. — *Paris.* Ouverture du concours pour la nomination à deux emplois de médecin chef de service des asiles publics d'aliénés de la Seine.

12 Octobre. — *Paris.* Faculté de pharmacie. Concours de professeur suppléant de physique à l'Ecole de médecine de Rennes.

12 Octobre. — *Marseille.* Concours de l'internat des hôpitaux de Marseille.

12 Octobre. — *Paris.* Congrès français de médecine.

12 Octobre. — *Tours.* Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Tours.

12 Octobre. — *Brest.* Concours de l'internat des hôpitaux de Brest.

13 Octobre. — *Reims.* Concours de l'internat des hôpitaux de Reims.

NOUVELLES *(Suite)*

13 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Ouverture de la session d'examens d'octobre-novembre.

14 Octobre. — *Paris.* Assemblée générale annuelle de l'Union thérapeutique et séance solennelle de la Société de thérapeutique.

15 Octobre. — *Paris.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de nomination de deux médecins chefs de dispensaires polyvalents de Kef et de Sfax.

15 Octobre. — *Paris.* Date limite pour l'inscription aux prix suivants : Prix J.-A. Sicard, Prix Bernheim, Prix Segond, Prix Behier, Prix Déroulède, Prix Monthyon, Prix Girard, Prix Barbier, Prix Jeunesse, Prix Léri, Prix Rigout, Prix Desmazes, Prix Lannelongue, Prix de Rotschild, Prix Carville, Prix Demarle, Prix de Trémont, Prix Hervieux, Prix Dieulafoy, Prix Serge-Henri-Sallé, Legs Marjolin, Prix Faucher, Legs Malterre.

15 Octobre. — *Roubaix.* Hôpital de la Fraternité. Dernier délai de candidature pour le concours sur titres pour la nomination d'un chef de laboratoire.

16 Octobre. — *Reims.* Concours de l'externat des hôpitaux de Reims.

18 Octobre. — *Niort.* Hôpital, Journée médicale de Niort.

19 Octobre. — *Nice.* Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Nice.

19 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours de chef de laboratoire de chimie et de bactériologie de l'hôpital de Vannes.

19 Octobre. — *Paris.* Faculté de pharmacie. Concours de professeur suppléant de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole de médecine de Rennes.

19 Octobre. — *Paris.* Faculté de pharmacie. Concours de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Limoges.

19 Octobre. — *Toulouse.* Faculté de médecine. Concours de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand.

19 Octobre. — *Nice.* Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Nice.

19 Octobre. — *Marseille.* Concours de l'externat en médecine des hôpitaux de Marseille.

19 Octobre. — *Tours.* Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Tours.

19 Octobre. — *Nancy.* Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Nancy.

19 Octobre. — *Bordeaux.* Concours de l'externat des hôpitaux de Bordeaux.

20 Octobre. — *Bordeaux.* Concours de l'internat des hôpitaux de Bordeaux.

21 Octobre. — *Paris.* Congrès de la Société française de phoniatrie (Faculté de médecine de Paris).

22 Octobre. — *Paris.* Préfecture de Police. Concours de l'internat en médecine des asiles d'aliénés de la Seine, de l'infirmerie spéciale de la Préfecture de police et de l'hôpital Henri Rousselle.

23 Octobre. — *Nancy.* Concours de l'externat des hôpitaux de Nancy.

24 Octobre. — *Rouen.* Clôture du registre d'inscription pour le concours pour la nomination de deux chirurgiens adjoints des hôpitaux.

24 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Clôture du registre pour les inscriptions du 1er et du 2e trimestre.

25 Octobre. — *Lyon.* Dernier délai d'envoi des candidatures pour le prix Chauveau (œuvre de Solidarité médicale) (s'adresser au Secrétariat de la Faculté de médecine de Lyon).

26 Octobre. — *Paris.* Faculté de pharmacie. Concours de professeur suppléant de chimie à l'Ecole de médecine de Rennes.

26 Octobre. — *Nancy.* Faculté de médecine. Concours de professeur suppléant de clinique et de pathologie médicales à l'Ecole de médecine de Besançon.

26 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours de professeur suppléant de physique médicale à l'Ecole de médecine de Tours.

26 Octobre. — *Paris.* Concours de professeur suppléant de chimie à l'Ecole de médecine de Tours.

26 Octobre. — *Paris.* Concours de professeur suppléant de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole de médecine de Tours.

26 Octobre. — *Bordeaux.* Concours pour la nomination de deux accoucheurs de l'Assistance médicale gratuite. Bureau de Bienfaisance, 63, rue du Loup, à Bordeaux.

27 Octobre. — *Rouen.* Clôture du registre d'inscription pour le concours pour quatre places d'internes titulaires et une place d'interne provisoire en médecine.

31 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Clôture du registre pour la première inscription.

3 Novembre. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription des candidats au concours de l'externat des hôpitaux de Paris.

3 Novembre. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription des candidats au prix de l'internat (médaille d'or), médecine, chirurgie et accouchement.

3 Novembre. — *Alger.* Concours de médecin adjoint de l'hôpital de Souk Ahras.

8 Novembre. — *Strasbourg.* Clinique infantile. Réunion pédiatrique de l'Est.

9 Novembre. — *Marseille.* Faculté de médecine. Concours de chef de clinique médicale de la Faculté de médecine de Marseille.

NOUVELLES *(Suite)*

10 NOVEMBRE. — *Alger.* Concours de pharmacien de l'hôpital d'Orléansville.

10 NOVEMBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Séance de la Société de sexologie.

12 NOVEMBRE. — *Rouen.* Concours pour quatre places d'interne titulaire et une place d'interne provisoire en médecine.

12 NOVEMBRE. — *Alger.* Concours de médecin adjoint de l'hôpital de Churchill.

14 NOVEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Clôture du registre d'inscription des candidats au prix de l'internat (médaille d'or) médecine, chirurgie, accouchement.

16 NOVEMBRE. — *Alger.* Concours de chirurgien adjoint de l'hôpital de Mostaganem.

CHRONIQUE DES LIVRES

Les avortements mortels, par H. Mondor, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Bichat. 1 volume de 446 pages avec 43 figures, 65 fr. (*Masson et Cie, éditeurs à Paris*).

L'auteur des *Diagnostics urgents* expose les problèmes rigoureux qui attendent les médecins et les chirurgiens, en présence des complications suraiguës qui sont souvent les conséquences des avortements. Il désigne les cas les plus graves et insiste sur leur diversité.

Pour généralisées qu'elles soient, les manœuvres abortives sont loin d'être inoffensives. On lira, dans ce livre, les invraisemblables et traumatisantes manœuvres auxquelles se sont parfois livrées les patientes, leurs comparses ou leurs complices.

Ces morts sont habituellement rangées sous la rubrique un peu vague d' « infection puerpérale ». En fait, elles se présentent, du point de vue anatomique et clinique, sous des aspects très divers, allant de la mort subite par inhibition ou embolie, et des perforations utérines souvent accompagnées de lésions des autres organes abdominaux, jusqu'à l'hépato-néphrite, à la septicémie à perfringens et au tétanos.

Le Dr Mondor, dans ce livre, étudie en détail et en illustrant son texte d'observations nombreuses et suggestives, toutes ces modalités de l' « avortement mortel ». Et, pour chaque variété de ces accidents si graves, il indique les particularités qui dominent le pronostic et doivent orienter la thérapeutique.

L'auteur s'associe à Kirilow lorsqu'il dit que, dans la gynécologie opératoire actuelle (le cancer mis à part) il n'y a pas d'opération présentant plus de danger que l'avortement provoqué.

En entassant les faits, il montre, une fois de plus, la gravité, au double point de vue médical et social, du problème de l'avortement provoqué.

« Si l'on veut bien penser au nombre des victimes, à leur jeune âge, à leur fréquent état de mère de famille, il ne peut échapper que la recherche, même tâtonnante, des atténuations du mal est pour bien des raisons un problème de nécessité. »

Introduction à la physiologie des sucres. Applications à la pathologie et à la clinique, par MM. H. Bierry et F. Rathery (*J.-B. Baillière et fils, éditeurs*).

Dans leur avant-propos les auteurs précisent que : « le livre que nous présentons au lecteur ne doit pas être considéré par lui comme une revue générale du problème actuel des sucres en physiologie et en pathologie ; cette étude eût été beaucoup trop vaste. Nous demandons qu'on considère ce travail surtout comme une mise au point, aussi complète que possible, des chapitres envisagés ».

Le but des auteurs a été parfaitement rempli, et tous ceux qui s'intéressent aux glucides aux points de vue chimique, physiologique ou médical trouveront dans ce volume à apprendre et à réfléchir.

Il comprend trois parties. La première est consacrée au rôle fonctionnel des glucides. On y trouvera relatées, avec les opinions personnelles des auteurs, les données les plus modernes sur la β-oxydation, la cétogenèse, les régimes équilibrés. De même le rôle des vitamines, celui des glandes vasculaires sanguines sur l'équilibre glycémique sont minutieusement examinés.

La seconde partie, consacrée au sucre libre, aborde les questions de sa nature, de son dosage, de sa répartition. C'est toute son étude qualitative et quantitative.

Mais c'est la troisième partie qui est le plus développée : elle a plus de 200 pages et traite du sucre protéidique. On sait quel effort fournit M. Bierry, depuis vingt-cinq ans, pour apporter de la clarté dans la question difficile et obscure du « sucre virtuel » de Pavy et Lépine ; on connaît les recherches persévérantes de M. Rathery sur l'estimation du sucre protéidique dans un grand nombre d'états pathologiques, et, en particulier, du diabète. On trouvera tous ces travaux rassemblés dans ce volume. Il est d'un haut intérêt de touver une pareille synthèse d'un labeur aussi consciencieux que pénétrant et obstiné, et de recueillir l'opinion de deux des auteurs qui font le plus autorité en tout ce qui concerne les glucides.

A. Baudouin.

La douleur en gynécologie, par A. Binet, X. Colaneri, E. Douay, F. Yayle, G. Yayle, H. Keiffer, A. Laffont, L. Michon, L. Netter, A. Pecker, L.-M. Pierra, A. Zimmern. 1 vol., 2e *édition* (*Expansion scientifique française*).

Les rapports présentés au Congrès de gynécologie de Luxeuil en 1933 eurent un tel succès que les auteurs présentèrent ultérieurement ces rapports sous forme d'un ouvrage qui prit le titre actuel. Une seule modification y était apportée : le rapport de Cotte sur le traitement chirurgical de la douleur en gynécologie était remplacé par celui de Louis Michon (de Lyon).

La première édition de l'ouvrage, parue en 1934, a connu un tel succès qu'il fallait au bout d'un an songer à la renouveler. L'édition actuelle comblera donc les désirs de tous ceux qui n'ont pu se procurer la première œuvre, et de bien d'autres, désireux de comprendre et de soigner efficacement de nombreuses malades.

D'ailleurs le texte a été remanié et certains chapitres, en particulier ceux qui traitent de l'innervation pelvienne, ont été entièrement refaits. Traitant la question à tous les points de vue, ce volume traite en détail l'anatomie, l'histologie, la physiologie, la clinique avant de s'occuper des traitements les plus divers. Les indications générales, les traitements médicaux, physiques et chirurgicaux sont étudiés chacun par les spécialistes les plus indiqués et sans pour cela que l'ouvrage comporte la moindre redite.

Ét. Bernard.

CHRONIQUE DES LIVRES *(Suite)*

La démence, par le Dr RAYMOND MALLET, médecin-inspecteur des Asiles, expert près le Tribunal de la Seine. Un volume in-16, 7 figures. Broché : 10 fr. 50 ; relié : 12 francs (*Collection Armand Colin*).

Le problème de la démence n'est pas encore résolu, mais les données en ont été modifiées ces derniers temps sous la double influence des spéculations psychologiques et des recherches anatomo-physiologiques.

L'essai de mise au point que nous présente le Dr Raymond Mallet est donc amplement justifié : il utilise les notions renouvelées ou récemment acquises de l'hystérie, de l'obsession ou psychasthénie, de la psychanalyse, aussi bien que les notions qui concernent les infections, le rôle du terrain sur lequel elles évoluent, les accidents d'intolérance ou allergie.

On verra qu'une thérapeutique nouvelle s'attaque avec résultat à des états d'affaiblissement intellectuel considérés jusqu'ici comme chroniques, qui, sous son action accrue, semblent devoir être retirés un jour prochain du chapitre de la démence. Car, l'auteur insiste sur ce point, la démence traduit la destruction, précoce ou tardive, mais progressive, définitive, de l'activité psychique.

Toutes ces questions, soulevées par le problème de la démence, exigent des références scientifiques ; mais l'auteur de cet ouvrage les a traitées assez largement pour qu'elles débordent le cadre de la psychiatrie et qu'elles soient accessibles à tous ceux qui s'intéressent aux choses de l'esprit.

La goutte larvée. Pneumopathie goutteuse primitive, par le Dr H. BOULOMMIER, licencié ès sciences. In-8° de 52 pages. Prix : 8 francs (*Gaston Doin et Cie, éditeurs*).

Cette monographie, comportant une observation très détaillée de pneumopathie goutteuse primitive, a pour but d'attirer l'attention sur les manifestations possibles de la goutte, d'un diagnostic excessivement difficile, capables d'entraîner de lourdes erreurs de pronostic et de traitement.

L'auteur expose ses idées sur l'origine neuro-endocrinienne probable de la goutte, ne voyant dans l'acide urique que le résultat et non la cause de la maladie : « On n'est pas goutteux, dit-il, parce que l'on fait de l'acide urique en excès, mais on fait de l'acide urique en excès *parce que l'on est goutteux*. » Et il blâme les régimes alimentaires inutilement et quelquefois dangereusement trop sévères, tandis qu'il insiste sur l'utilité d'une hygiène générale bien comprise.

THERAPEUTIQUE PRATIQUE

LES FORMES CLINIQUES DE L'HYPOTENSION ARTÉRIELLE ET LEUR TRAITEMENT. ROLE DES ANALEPTIQUES CARDIO-VASCULAIRES.

Par le Dr **R. Douyau**

(*Le Concours médical*, n° 22, 31 mai 1936, p. 1697).

L'hypotension se présente parfois en clinique sous l'aspect d'une maladie autonome, mais plus souvent elle n'est, dans divers états pathologiques, qu'un symptôme, mais un symptôme auquel on attache une grande importance diagnostique et pronostique.

Aussi bien dans les hypotensions idiopathiques que dans les hypotensions aiguës ou subaiguës dues à des causes variées, l'affaiblissement des tonus cardiaque et vasculaire est en cause. Toutefois le traitement des formes essentielles de l'hypotension et des défaillances cardio-vasculaires et respiratoires aiguës ne peut être réalisé avec le même médicament que si celui-ci réunit les avantages suivants :

1° Adaptation complète au but de la thérapeutique par l'association d'un tonique cardio-respiratoire et d'un excitant du sympathique, hypertenseur et antichoc ;

2° Grande marge thérapeutique et grande maniabilité (forme injectable d'effet rapide et héroïque, forme buccale d'effet progressif) permettant de proportionner l'intensité de l'action à la gravité du cas envisagé ;

3° Durée d'effet très prolongée et donnant une sécurité de plusieurs heures ;

4° Parfaite tolérance permettant le renouvellement des doses dans les cas graves évoluant lentement ou plus bénins mais chroniques. Cette tolérance implique :

Une progressivité dans le développement de l'effet même lorsque celui-ci doit atteindre un maximum héroïque,

Une élimination parfaite,

L'absence d'effets secondaires tels que tremblements, impression angineuse, etc.,

Une injection indolore et rapidement résorbée,

L'absence de troubles digestifs déterminés par la forme buccale.

Ces qualités sont réunies par le *Pressyl*, récemment introduit en thérapeutique. Médicament d'une efficacité remarquable et facile à manier, il est appelé à rendre d'importants services dans toutes les défaillances cardio-vasculaires et respiratoires (hémorragies, états de choc chez les brûlés, traumatisés, asphyxiés, collapsus des maladies infectieuses, chocs médicamenteux, etc.) et dans les hypotensions de convalescence ou chroniques.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

RÈGLEMENT SANITAIRE DÉPARTEMENTAL ET PERMIS D'HABITER

Par E.-H. PERREAU.
Professeur de Législation industrielle à la Faculté de Droit de Toulouse.

Dès son premier article, la loi du 15 février 1902 ordonne aux maires de prendre, pour leur commune, un règlement sanitaire, dont elle indique les principaux objets. Ces règlements paraissent avoir été pris dans toutes les communes de France. Il en est d'excellents et de très complets ; mais il en est beaucoup d'autres, qui sont le grand nombre. Les préfets se sont efforcés de les améliorer, en faisant même rédiger des projets de règlement par les conseils départementaux d'hygiène. Leurs tentatives ne semblent guère avoir abouti. Précédemment, nous avons, ici même, indiqué les difficultés nombreuses auxquelles ils se sont heurtés dans une question analogue, les règlements des bureaux d'hygiène municipaux (1).

A la vérité, les préfets peuvent prendre pour plusieurs ou toutes communes de leur département des règlements sanitaires. Jusqu'à l'heure, ils avaient reculé devant pareille décision (loi du 15 février 1902, art. 2, et loi du 5 avril 1884, art. 99). Un décret-loi du 30 octobre 1935 vient leur en imposer l'obligation (SIREY, 1935, *Lois annotées*, p. 1759).

En même temps il complète la loi précitée du 15 février 1902 sur un point très important. Celle-ci prescrivait, avant toute construction, la délivrance d'un permis de bâtir accordé sur justification que les conditions de salubrité prévues dans le règlement sanitaire communal sont observées. Mais combien d'édifices, une fois construits, se sont révélés impropres à l'habitation pour insuffisante salubrité ! Désormais un permis d'habiter s'impose avant l'occupation de tout logement.

§ 1er. — Du règlement sanitaire départemental.

A l'avenir, dans tous les départements où il n'en existe pas encore, le préfet sera tenu, pour assurer la protection de la santé publique, de prendre un règlement sanitaire, applicable à toutes les communes du département. Pour que ce règlement possède son maximum d'utilité, il sera nécessaire de ne pas se borner aux prescriptions très générales pouvant indistinctement s'appliquer dans toutes, et qui, d'ordinaire, concernent des mesures déjà prises. Il faut tenir compte des diverses nécessités locales. Le préfet n'étant pas substitué complètement au maire, qui garde ses pouvoirs, comme nous le disons plus loin, il ne pourrait édicter des dispositions ne concernant qu'une seule commune, en dehors des conditions prévues à l'article 99 de la loi du 5 avril 1884, et l'article 2 de celle du 15 février 1902. Mais il aurait certainement le pouvoir d'édicter des prescriptions variables par groupes de communes. Il est bien évident que la police sanitaire urbaine différera sensiblement de la police sanitaire rurale, et que dans les départements partiellement recouverts de marais, de montagnes ou de roches, le règlement devra faire varier ses dispositions avec les localités (art. 1er, § 1er).

Ce règlement sera pris sur la proposition de l'inspecteur départemental d'hygiène, après avis du conseil départemental d'hygiène (art. 1er, § 2). Et comme toute décision officielle doit faire elle-même foi de sa validité, cette proposition et cet avis doivent être mentionnés dans l'arrêté.

Pour déterminer le contenu de cet arrêté, le décret-loi s'inspire de l'ancien article premier de la loi de 1902, mais il est beaucoup plus complet. Le règlement sanitaire départemental déterminera :

1° Les précautions que doivent prendre les maires, notamment en exécution de la loi du 5 avril 1884 (art. 97) sur l'organisation municipale et de celle du 21 juin 1898 (chap. II) sur le Code rural, pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles, et spécialement les mesures nécessaires à la salubrité des denrées alimentaires mises en vente, la désinfection ou la destruction des objets à l'usage des personnes atteintes de ces maladies, ou souillés par elles, et généralement de tous objets pouvant servir de véhicule à la contagion ;

2° Les prescriptions relatives à la salubrité des maisons et de leurs dépendances, écuries, étables, garages, etc., des voies privées, closes ou non à leurs extrémités, des logements loués en garni et des autres agglomérations de toute nature ;

3° Les mesures concernant l'alimentation en eau potable et la surveillance des puits, puisards et citernes ; à l'évacuation des eaux et matières usées, notamment aux égouts et vidanges, et aux conditions devant être remplies par les fosses d'aisance (art. 1er, § 3).

Bien que dans une large mesure ce règlement départemental soit substitué aux anciens règlements communaux, les maires conservent le pouvoir de prendre, après avis du conseil municipal, tous arrêtés prescrivant telles dispositions particulières à la commune qu'ils jugeraient utiles pour la protection de la santé publique (art. 1er, § 4).

(1) Bureaux d'hygiène illégaux et recours des intéressés (*Paris médical*, 8 juin 1935).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS (*Suite*)

Les règlements sanitaires municipaux pris avant la promulgation du décret-loi et ceux qui seraient pris depuis, avant la confection du règlement sanitaire départemental, resteront provisoirement en vigueur jusqu'à la publication dudit règlement (art. 1er, § 4). La date des arrêtés municipaux est ici de grande importance, les pouvoirs des maires se trouvant limités par le règlement sanitaire départemental, auquel ils ne peuvent déroger, pouvant seulement le compléter par des prescriptions locales spéciales.

§ 2. — Du permis d'habiter.

Deux modifications inégalement importantes sont faites à l'article 11 de la loi du 15 février 1902, par le même décret-loi (art. 2).

Le permis de bâtir, obligatoire, depuis 1902, seulement dans les agglomérations de 20 000 habitants, le devient dans celles de 5 000 habitants (nouvel article 11, § 1er).

L'innovation la plus notable est la création d'un permis d'habiter, sans doute nécessaire dans les mêmes communes, bien que le nouveau paragraphe 5 ne répète pas l'énonciation du début du paragraphe 1er.

Leur construction achevée, les immeubles — et certainement aussi les portions d'immeubles — destinés au logement des personnes ne pourront être habités, fût-ce par leur propriétaire, avant la délivrance d'un permis d'habiter, accordé par le maire, sur le rapport du service sanitaire, constatant que les prescriptions des règlements sanitaires, départementaux ou communaux, ont été bien observées en les construisant (nouvel article 11, § 5).

Ce permis doit être délivré dans les vingt et un jours à compter du dépôt à la mairie du procès-verbal attestant l'achèvement des travaux. A défaut par le maire de statuer dans ce délai, le permis est réputé accordé. S'il est constaté que la construction n'est pas conforme aux plans et documents d'après lesquels avait été délivré le permis de construire, et qu'elle ne répond plus aux prescriptions des règlements sanitaires, l'interdiction d'habiter sera prononcée d'office et le titulaire du permis de construire sera passible des sanctions prévues à l'article 27 de la loi du 15 février 1902 (amende de 16 à 500 francs).

En outre, le maire pourra faire déterminer par la Commission sanitaire, et s'il y a lieu par le Conseil départemental d'hygiène, les travaux à exécuter pour assurer la salubrité de l'immeuble et les ordonner par un arrêté fixant un délai pour leur exécution (nouvel article 11, § 6, *in fine*, et art. 12).

VARIÉTÉS

LE YACHTING DANS LES CURES MARINES D'ENFANTS

Par le Dr DELARBRE

Nous ne voulons, ici, prôner aucun sport de préférence à d'autres ; nous tenons simplement à noter les résultats de l'expérience que nous a donnée le yachting, tel que nous le comprenons, comme agent de culture physique et à indiquer la place prépondérante qu'il doit occuper, croyons-nous, en tant qu'agent thérapeutique.

En fait de sport, nous sommes ennemi de toute spécialisation ; nous les faisons pratiquer presque tous, reconnaissant à chacun des avantages particuliers. Mais si, pour certains sujets, nous faisons exception pour tel ou tel sport suivant indications, à tous, dès qu'ils peuvent se livrer sans inconvénient à un exercice un peu violent, nous faisons pratiquer le yachting.

Nous tenons à faire remarquer que les résultats qui font l'objet de nos observations ont été obtenus sur des enfants ou des adolescents de sept à dix-sept ans présentant un affaiblissement général de l'organisme, soit congénital, soit lié à une mauvaise nutrition de la première ou de la seconde enfance, soit dû à la présence de troubles de la puberté ou de végétations adénoïdes. La plupart de ces affaiblis présentent des déformations du squelette, sinon, sont des anémiés, ont des troubles cardiaques de croissance ou un sommet pulmonaire paresseux.

Sans entrer dans le détail des divers procédés de redressement, de la gymnastique orthopédique, des bains de soleil, des bains d'air, des bains de varech chauds, de tout ce qui permet enfin de rétablir ces santés chancelantes et de les endurcir avant de leur faire pratiquer la navigation, nous tiendrions à insister sur quelques idées générales concernant la culture physique chez les affaiblis.

A propos d'eux, nul système ne peut être employé ; tout dépend des indications variables avec chaque sujet. Nous puisons cependant plus volontiers le plan de nos leçons dans le livre d'éducation physique du lieutenant de vaisseau Hébert. Chaque jour, nos pensionnaires travaillent une heure environ, le torse nu, par groupe de 6 à 8 maximum, sous le contrôle du médecin qui rectifie chaque mouvement si nécessaire, après avoir lui-même tracé le plan de cette leçon et l'avoir combiné de telle sorte que l'ennui ne puisse prendre possession

VARIÉTÉS *(Suite)*

de l'esprit de l'enfant et lui rendre odieux ce traitement. La présence du médecin est indispensable, car ces cures exigent un doigté expérimenté, une science approfondie d'anatomie et de physiologie des différents muscles et groupes musculaires, une connaissance très avancée de pathologie infantile. Avant tout traitement, le médecin doit connaître à fond l'enfant confié à ses soins, pendant ce traitement et pour le diriger utilement, noter minutieusement les réactions particulières à chacun vis-à-vis et de la fatigue et du milieu dans lequel il vit.

Car, de même que le plus habile des sculpteurs n'arriverait jamais à la réalisation d'un chef-d'œuvre si le linge humide ne créait autour de la glaise une atmosphère capable de lutter contre la tendance qu'a l'argile à se dessécher, de même vous n'obtiendrez aucun résultat chez les affaiblis, quelle que soit votre méthode, si le sujet en traitement n'est pas dans un milieu favorable à son développement.

Quel sera ce milieu ? La ville ? Son atmosphère appauvrie et viciée n'a pu suffire aux exigences d'un organisme oisif jusque-là. L'exercice physique provoquera, sans doute, une circulation plus intense dans cet organisme, mais à quoi servira ce mouvement du sang ? Seulement à créer une cause débilitante, puisque ce sang, manquant d'aliments gazeux en grande quantité, ne pourra à la fois réparer les pertes de l'organisme fatigué, répondre aux besoins normaux du corps, encore moins subvenir aux demandes d'organes auxquels il faudra des aliments plus abondants pour une vie plus intense. Donc, pour placer le sujet dans le milieu le plus adéquat à son nouveau mode d'existence, il faudra fuir toute agglomération. Où le conduirez-vous, alors ? Il ne reste que deux alternatives : la Mer ou la Montagne.

Nous ne voulons point, ici, discuter, ni chercher à trancher le grand différend qui fait préférer tantôt l'une, tantôt l'autre ; chacune a ses indications. Nous constaterons simplement que la Mer présente toutes les qualités requises pour placer les débiles dans un milieu parfaitement approprié au traitement et pour faciliter leur guérison : luminosité intense, climat ne présentant pas d'écarts trop grands de température, également éloigné des grands froids et des chaleurs torrides, air largement lavé par les pluies abondantes, riche en oxyène et chargé de sels reminéralisateurs, tels sont ses principaux avantages.

Elle permettra, à l'heure où le débile pourra affronter les écarts de régime, la pratique d'un sport qui, à lui seul, suffit pour régénérer et qui fera de notre pensionnaire un homme tel que le réclame notre siècle où, comme l'a dit fort justement le poète : « Un corps d'athlète, enfin, doit porter le cerveau ».

Car le yachting non seulement fera à l'enfant des muscles, mais aussi lui permettra de s'instruire, lui donnera même le goût de l'étude, s'il ne l'a pas, tout en le faisant vivre dans un air on ne peut plus pur. De plus, et ce n'est pas là son moindre avantage, la Mer fera à l'enfant une volonté, créera quelqu'un de peu banal ayant un cachet bien particulier. Brave, il apprendra qu'on ne doit pas braver inutilement le danger ; capable d'initiative, il apprendra à obéir sans récrimination ni murmure, car il sait l'utilité d'une obéissance passive ; il a vu son importance et compris que sans elle un groupe d'hommes ne peut arriver à aucun résultat sérieux; il sait la nécessité de la force musculaire et cependant ne sera pas brutal ; lorsqu'on est certain d'avoir un trésor en main on ne le gaspille pas.

Nous disions plus haut que par ce moyen nous arrivions à donner à l'enfant le goût de l'étude ; nous ne connaissons pas de meilleur éducateur que le sport marin. L'enfant est avant tout un curieux et un pratique, levez-lui un coin du voile cachant à ses yeux les grands mystères de la nature, faites-lui comprendre par la vie à quoi sert la science de ses mystères, cela suffit souvent, pour ne pas dire toujours, à faire de l'enfant apathique et distrait un être avide de s'instruire et d'aller toujours plus avant et plus vite dans l'étude des connaissances générales.

Nous voyons quelques lecteurs sourire de nos prétentions, lorsque nous parlons du yachting instructeur et régénérateur. Pour beaucoup, en effet, le yachting représente le monsieur fortuné qui peut se permettre de posséder un petit hôtel flottant où, à l'époque fixée par la mode, savoir l'hiver sur la Méditerranée, l'été sur l'Océan ou la Manche, il réunit de jolies femmes, des messieurs cotés, qui continuent devant l'immensité les flirts commencés dans les salons ou les thés de Paris. Pour d'autres, le yachting, ce sont les grandes épreuves annuelles que signalent les journaux quotidiens. Il y a toutes ces façons de pratiquer le yachting, mais il y en a encore une et c'est de celle-là dont nous voulons parler : c'est de faire, en amateur, le métier de marin pêcheur.

Pour costume : le maillot à larges mailles, la culotte de sport couvrant le haut de la cuisse, le chapeau de paille ou le polo, l'un permettant de protéger et la nuque et le visage des atteintes trop brutales du soleil, l'autre destiné aux jours de grand vent ; de plus, en cas de grains subits, un ciré est nécessaire. Comme moyen de sport, une barque d'environ 5 tonneaux, très maniable, peu voilée et pontée, un canot pouvant contenir une dizaine de personnes, quelques filets, une douzaine de casiers.

VARIÉTÉS *(Suite)*

La manœuvre commence par un merveilleux exercice respiratoire, dont les enfants prennent l'habitude avec la plus grande facilité ; la position du corps dans les différents temps nécessitant par la forme même du thorax l'appel ou la sortie de l'air. La projection du corps en avant nécessite l'inspiration profonde qui fixe le thorax et permet aux muscles du membre supérieur de prendre de solides points d'appui dans l'effort de contradiction qui ramène l'aviron en arrière, la fin du mouvement oblige à expirer l'air contenu dans le poumon. Pour permettre cet exercice, la cadence donnée par l'instructeur est lente, l'aviron frappe l'eau 5 fois par minute. On devra surveiller la position du rameur, que le corps soit bien perpendiculaire au banc, enfin avoir soin, si l'on nage à un seul aviron, que le rameur ait l'aviron un temps égal à droite et à gauche. La tête droite, le sujet doit travailler autant des muscles lombaires que des muscles des membres supérieurs.

Cependant nous approchons de la barque pontée qui doit nous conduire aux lieux de pêche. Ici encore vous remarquerez la même discipline rigoureusement observée à l'embarquement ; nous obtenons cela sans difficulté, sans menace : les enfants comprennent cette utilité d'une discipline très vite ; peut-être la crainte vague du débutant, pour un élément qui n'est pas le sien, reparaît-elle toujours un peu chez l'aguerri et entre pour une grande part dans cette sagesse rare chez l'enfant ?

Quoi qu'il en soit, une fois à bord, chacun se met à l'œuvre, car sur le pont d'une barque il ne manque jamais de travail, depuis les plus violents, tel lever les voiles ou l'ancre, jusqu'aux plus simples, tels le nettoyage du pont ou la mise en place des filins. Ne croyez pas que notre équipage laisse à d'autres ce soin, nos matelots ont déjà cette coquetterie du vrai marin : la propreté de son bateau. Puis quelle partie de plaisir, sentir l'eau froide fouetter les mollets où timidement commencent à se dessiner les muscles. L'instructeur devra souvent modérer le zèle de beaucoup qui volontiers enverraient le contenu du seau dans le dos de leurs camarades, les mollets ne leur suffisant plus. Le rôle du dirigeant ne doit pas se borner là ; nul travail à bord ne doit sans son ordre s'accomplir ; ainsi il graduera le travail de chacun selon sa force et évitera à tous la fâcheuse courbature, plus funeste que l'oisiveté.

Pendant ce temps l'ancre est levée, les voiles hissées, les cordages arrimés et prêts à permettre toute manœuvre. Tandis que quelques-uns de nos pensionnaires restent à la disposition du barreur, pour les manœuvres nécessaires, les autres se livrent au bienfait du bain de soleil. Ces débiles font leur cure solaire vêtus d'un maillot blanc à larges mailles, dont la partie précordiale est recouverte d'un tissu plus imperméable et d'une couleur plus sombre, le plus souvent violet foncé ; les bras, la moitié des cuisses, les jambes seuls ont nus. Ce bain, qui est toujours un bain chaud de soleil, c'est-à-dire un bain pris lorsque la température est au soleil de plus de 35°, ne dure que peu d'instants et est interrompu dès l'apparition d'une rubéfaction un peu intense des parties nues. Nous évitons ainsi les excoriations amenant toujours une légère élévation de température et débilitant forcément l'enfant ; la protection de la région précordiale éloigne tout danger du côté des troubles du cœur ; enfin les résultats sont largement suffisants, la pigmentation ne tarde pas à se produire. Si la sudation a été abondante, une ablution à l'eau de mer chauffée par le soleil, sur le pont, suit la cure solaire.

Il est entendu que la cure comprise de cette façon n'est ici destinée qu'à des débiles déjà endurcis et capables de supporter sans danger un écart de régime.

Je passerais rapidement sur la pêche en elle-même, on comprend la multiplicité et la variété des exercices qu'elle nécessite ; nous ferons remarquer que la capture ne rendra jamais ce sport monotone pour l'enfant ; au contraire, il faudra toujours refréner leur zèle. De plus, cette pêche les instruit ; il faut entendre, au lever du filet ou du casier, la multitude de questions, l'impatience fébrile avec laquelle tout ce petit monde attend la réponse. Combien d'enfants, jusque-là apathiques, ont pris soudain goût pour les sciences naturelles, puis pour l'étude elle-même, et sont devenus de brillants élèves !

Voici la façon dont nous comprenons le yachting, bien que parfois nous ne nous en tenions pas là et que nous allions jusqu'à la petite croisière avec tous les avantages du camping au grand air marin.

D'ailleurs, nous pratiquons bien d'autres sports en plus des bains de mer froids journaliers et de la natation, qui en est le corollaire obligatoire et qui est peut-être le plus parfait des sports au point de vue développement musculaire et respiratoire.



VARIÉTÉS *(Suite)*

LE DUC DU MAINE A BARÈGES

D'après les documents inédits publiés par Monsieur Raoul de Broglie

En l'année du centenaire de la fondation de l'Établissement « Barzun à Barèges », 1836-1936.

Il y a déjà quelques mois de cela, M. Raoul de Broglie, ancien élève de l'École des Chartes, nous faisait l'honneur de nous demander la relation que nous avions écrite, en 1916, en collaboration avec le Dr Cabanès, sur la maladie du fils de Mme de Montespan et de Louis XIV. Un voyage à Barèges, prescrit par Fagon ; un long séjour dans cette station, à trois reprises différentes ; enfin, la quasi-guérison du petit malade avaient retenu notre attention.

Certains documents nouveaux ont été relevés par M. de Broglie au château de Montchevreuil : le savant chartiste les a utilisés pour le mémoire que publie aujourd'hui la *Revue des Deux Mondes* (1er juin 1936).

Prenant l'auteur pour guide et utilisant les belles pages recueillies par la *Revue des Hautes-Pyrénées*, sous la signature de M. de Cartaillac (pages dont il nous fut fait hommage par le disert pyrénéiste), nous reprendrons donc notre propre étude, heureux de pouvoir la compléter en aussi noble compagnie (1).

Le 28 avril 1675, le duc du Maine part pour Barèges.

Nous avons relaté tout au long les raisons qui nous ont porté à croire à la version de Me Theil, notaire à Tarbes. Un officier de santé attaché aux gardes du corps de la reine fait part à Fagon de sources sulfurées dont la renommée s'étend sur tout le pays de Bigorre ; Fagon, au reste, a herborisé dans cette région.

« Les cures opérées par les eaux minérales bénéficiaient alors du prestige des pèlerinages : comme eux, elles étaient le dernier recours dans les maladies opiniâtres. C'est ainsi que Barèges devint la planche de salut à laquelle ne demandaient qu'à se raccrocher les espoirs du roi pour la guérison de son fils qui, âgé seulement de cinq ans, ne pouvait plus se porter sur des jambes refroidies et atrophiées. »

Il nous est agréable de reproduire ici de larges extraits de la relation de M. Raoul de Broglie :

« Après quelques jours de repos, Mme de Maintenon vint baigner le petit prince. Écartant l'infinité de flocons blanchâtres dont la surface était recouverte et qui ressemblaient à des blancs d'œufs (la barégine), elle plongea dans les eaux chaudes, à l'odeur d'œufs couvés, les plaies purulentes et les jambes presque paralysées de l'enfant royal. Sur les prescriptions du docteur de la Guttère, elle le baigna le plus longtemps qu'elle le put, mais en ayant soin d'arrêter le traitement dès qu'il perdrait tout à fait patience et que la soif violente et les cris qu'il poussait lui feraient plus de mal que de bien.

« Les gens qui venaient à Barèges croyaient, au contraire, qu'on pouvait abréger le temps des eaux en multipliant leur prise et plusieurs se baignaient si souvent qu'ils étaient presque tout le temps dans l'eau. Il n'était même pas rare, dans cette région proche de crus réputés, de voir des hommes (et même des femmes), ivres jusque dans le bain où une bouteille les accompagnait presque toujours parce que, disaient-ils, le vin les faisait mieux suer et réparait les forces que les eaux débilitaient...

« La douche ne se faisait pas d'une façon moins primitive : au sortir du bain, on arrosait le membre malade avec des cruches (procédé encore employé il y a moins de cent ans à Luchon), ou bien on le plaçait directement sous le jet des sources (2). Ensuite, négligeant le matelas où les malades se séchaient, dans un coin, avec quelques fagots de bois pour chauffer le linge, Mme de Maintenon faisait emporter dans des couvertures le fils de Louis XIV pour qu'il vînt directement à son lit, sans souffrir le moindre air en passant. »

La maison Maruquette était située sur les bords du Bastan, à quelques mètres au-dessus de l'entrée des Thermes. Par les soins éclairés du Syndicat d'initiative, une plaque a été apposée qui permet au curiste — et au touriste — d'évoquer le traitement du « demi-sang royal » — à nous servir de l'expression du mémorialiste de Saint-Simon dont l'un de ses commentateurs a pu dire « qu'il était aussi bien duc et pair qu'archi-menteur » !

La maison Maruquette était la seule des douze à vingt maisons qui fût recouverte en ardoise. Les fourgons avaient apporté les lits, dont deux d'entre eux furent immédiatement montés, l'un à côté de l'autre. La garde-malade, Mme de Surgères, veuve Scarron, non encore marquise de Maintenon, entourait de soins — véritablement maternels — la santé chancelante du « fruit de l'amour »... Une table, une armoire, un fauteuil de bois complétèrent l'ameublement de la chambre de celle qui venait, pour des raisons médicales, sans doute (peut-être, aussi, en même temps, d'un ordre plus intime... car le roi commençait à prendre goût à la conversation et à l'esprit de la

(1) Voir également : *Sur les pas de Mme de Maintenon*, par M. Le Bondidier, édit. du Musée du Château-Fort de Lourdes.

(2) Ce procédé, toujours heureusement utilisé, faisait dire à Landouzy en 1913 : « Ne touchez jamais aux douches de Barèges. »

VARIÉTÉS *(Suite)*

future rivale de Montespan), suivre les eaux de Barèges pendant une longue saison.

« Barèges misérable et détestable lieu (Froidour) ; Barèges lieu affreux (Louvois) ; Barèges lieu plus affreux que je ne puis vous le dire (Mme de Maintenon) ; Barèges, cependant, si prenant, où la nature horriblement tourmentée retiendra plus tard l'attention d'un cardinal, célèbre par l'affaire du Collier, de son secrétaire, Ramon de Carbonnières, d'une véritable académie dont nous racontâmes l'histoire ailleurs ; qui, pendant quelques jours, fut choisie par Napoléon le Grand pour y venir traiter sa dermatose... les nécessités d'une politique hasardeuse empêcha, à ce moment-là, l'empereur de venir illustrer le Livre d'or d'une station à laquelle Louis XV avait donné son premier hôpital-caserne, car le plan de Louvois (1679) n'avait jamais été exécuté.

On écrit toujours beaucoup des villes d'eaux. Mme de Maintenon, épistolière, dut écrire beaucoup de Barèges.

A part le recueil édité par Racine des *Œuvres d'un enfant de sept ans* et qui sont les lettres dictées au petit malade par sa gouvernante, il reste très peu, fort peu des missives que Mme de Surgères adressa à ses correspondants habituels, son confesseur l'abbé Gobelin ; son frère, le gouverneur de Cognac, etc. Détruites ? déchirées ? supprimées ? Cela est très vraisemblable pour des raisons mille fois exposées par les biographes de la fondatrice de Saint-Cyr.

L'enfant joue avec Trane de Laly, la petite laitière du plateau du Lienz. Henri de Gontaut, un jeune camarade de Mainy, la remarquera, la conduira à la cour, où elle deviendra l'une des dames d'honneur de la reine de Sceaux, femme du petit malade de 1675 !

L'enfant joue avec les dragons de l'escorte. Le trompette Martin, qui semble le débrouillard de la troupe, « lui édifie un moulin à poudre sur l'un des bras du torrent ainsi que des ronds d'eaux et des cascades ». D'autres l'intéressaient aux armements et aux questions militaires et Mme de Maintenon profitait de ses précoces dispositions pour en faire sa cour au roi... Pendant tout le long de ces longues journées, Mme de Maintenon — la messe entendue de son aumônier — passe tous les jours à filer et, « si on la laissait faire, elle y passerait les nuits ou à écrire »...

Fagon botanise, l'abbé Daudin lit son bréviaire le long des chemins qui, plus tard, seront « l'allée verte » ; les officiers chassent à l'ours ; les gens du pays quémandent ; de la Guttère, de Bagnères-de Bigorre, se lamente de n'avoir pas su garder un tel client. Jean Moulaüs, apothicaire du même pays, vient, de temps à autre, offrir ses clystères que, seul, il peut donner de par la Faculté. Les courriers portent des lettres et en emportent... Cependant que Lhestolou, l'aubergiste, commerce de son mieux et que les montagnards labourent les champs à force de bras... Et la jeunesse danse « la danse de Bayard ».

Mais tout a une fin.

Le séjour à Bagnères s'impose après la furieuse douche de Barèges (1). Ainsi en a décidé le maître des nymphes et naïades de la ville où entrera bientôt Mme des Ursins... et où Montaigne, en 1578, cent ans, presque jour pour jour, avant Mgr du Maine, fit une cure rapide avant de gagner Plombières et Luques.

M. de Broglie insiste *con amore* sur le séjour à Bagnères-de-Bigorre. A la vérité, avec juste raison, car ceci est plein d'intérêt pour l'amoureux de miettes de la petite histoire, miettes qui laissent deviner le festin.

La page est à citer :

« Peu absorbée par les soins à donner au malade devenu convalescent, Mme de Maintenon eut tout le loisir d'apprécier l'amabilité des habitants de Bagnères. La gouvernante du duc du Maine fut, comme on l'imagine, prévenue par toutes sortes d'honnêtetés, même de la part de ceux qui ne la connaissaient pas. On trouve, comme maire, quelques années plus tard, un fort honnête homme qui a une fille très bien élevée qu'on nomme Mlle Dusen. Elle a, écrit l'intendant Bégon à qui nous devons ce renseignement, « une sorte de mère nommée Mlle Minette, qui fait les honneurs de Bagnères, et elles reçoivent très agréablement ».

La société était nombreuse : évêques, présidents, conseillers de plusieurs parlements, dames de qualité : tous rivalisaient de bonne grâce avec des hôtes habitués, tels que M. de Charnacé et le comte de Maillé.

Malgré le petit ordinaire réglé qui convenait à la simplicité de sa table, elle ne manqua pas de faisans des Pyrénées dont la chair est noire et très délicate, ni de bourrègues qui sont des brebis d'Espagne n'ayant jamais porté. Enfin, de toute sorte de gibier. Il y avait une grande variété de distractions. Enfin, selon l'expression d'un enthousiaste, il ne faut pas oublier les promenades dans les vallées voisines, qui sont des endroits enchantés, et les écrevisses et les bisques et le jeu et les danses et puis, cette expression laudative : « *et tout* »...

Malgré de la Guttère, le royal malade quitte Bagnères-de-Bigorre (n'est-ce pas ici un exemple historique des cures associées dont le sujet a été mis au programme de diverses de nos assises de la

(1) Voy. Mémoires du marquis de Franclieu.

VARIÉTÉS *(Suite)*

Fédération thermale et climatique pyrénéenne). Barèges associé à Bagnères-de-Bigorre !

A Blois, un avant-goût de la cour : ne voit-on pas arriver au-devant de « Mainy », sa mère, Mme de Montespan accompagnée de l'abbesse de Fontevrault, et Mme de Thianges ? A Versailles, c'est le triomphe. Les courriers ont annoncé que la semaine ne se passerait sans que le convalescent ne fût présenté au roi.

Mme de Sévigné nous devait une lettre : elle n'y manqua pas.

« Rien ne fut plus agréable que la surprise qu'on fit au roi : il n'attendait M. du Maine que le lendemain, il le vit entrer dans sa chambre marchant et mené seulement par la main de Mme de Maintenon... Ce fut un transport de joie. M. de Louvois (un futur client de Barèges) alla voir, en arrivant, cette gouvernante ; elle soupa chez Mme de Richelieu ; les uns lui baisant la main, les autres la robe... et, elle, se moquant de tous, si elle n'est bien changée. Mais on dit qu'elle l'est... Et les intrigues de recommencer. »

On ne sait pas encore qu'un jour Mme de Maintenon sera reine de France.

M. Raoul de Broglie veut bien nous écrire qu'il consacrera aux deux autres séjours du prince à Barèges deux récits non moins importants que le premier.

Pour Dieu ! que l'on ne nous fasse pas trop attendre.

Que de joie vont se réserver les membres de la Société Ramond ! Comme on causera encore à Bagnères, la plus athénienne des villes pyrénéennes où de fins lettrés, comme notre ami M. Grenier, à l'érudition et grave et souriante, n'ignorent rien du passé d'une ville que l'on ne peut qu'aimer.

M. de Broglie ne nous dit-il pas : « Dans le second récit j'ai étudié plus spécialement la personnalité du duc du Maine : les *Œuvres d'un enfant de sept ans* et les précepteurs qui l'ont accompagné à Barèges... Et pour le troisième voyage, j'ai utilisé plus spécialement les documents concernant M. de Montchevreuil. » — On sait en effet que, dès l'âge de dix ans, les dauphins passaient des mains des femmes en celles des hommes, et ce fut M. de Montchevreuil qui fut du troisième voyage. (Cf. Cabanès et Molinéry.) .

M. Raoul de Broglie nous fait encore espérer « un grand nombre de notes et de précisions sur Barèges à cette époque ainsi qu'une iconographie intéressante ».

Et ainsi, grâce à l'inlassable patience des amoureux du passé, se reconstitue peu à peu l'histoire de la vie intime de nos pères. Nous pensons un jour en faire la synthèse en quelques promenades *sur les vieux chemins des fontaines de Jouvence...*

Dr MOLINÉRY.

LA MÉDECINE AU PALAIS

LES DENTISTES ET LE PRIVILÈGE POUR LES FRAIS DE DERNIÈRE MALADIE

On sait que l'article 2 101 du Code civil, tel qu'il a été modifié par la loi du 30 novembre 1892, déclare priviligiés les frais quelconques de la dernière maladie ayant précédé l'événement qui donne lieu à la distribution des deniers du débiteur.

La jurisprudence a toujours appliqué cet article en se réservant le droit d'apprécier le chiffre des honoraires dus par privilège au médecin, en tenant compte de la gravité de la maladie et de la situation de fortune de la personne à laquelle les soins ont été donnés, et en tenant compte également de la notoriété du médecin qui réclame les honoraires.

Nous avons déjà discuté, dans *Paris médical*, les droits d'appréciation des tribunaux, notamment à propos d'un jugement du tribunal de la Seine, du 27 décembre 1913 (*Gaz. Pal.*, 1914, 2 février, p. 240).

L'application de ce principe a été discuté, en ce qui concerne les chirurgiens-dentistes, non pas pour les soins directs qu'ils donnent aux dents des malades, mais pour les fournitures d'appareils de prothèse que certains tribunaux ont refusé d'assimiler à des frais de dernière maladie.

Notamment un jugement du tribunal de commerce de Saint-Étienne, du 22 décembre 1909 (*Dall.*, 1910, 5 mai, p. 30) avait jugé que la fourniture des appareils dentaires n'est pas privilégiée.

La même question vient de se poser devant le tribunal de commerce de Rodez.

Un dentiste de Rodez, M. Estivals, avait demandé à être admis comme créancier privilégié dans la liquidation judiciaire d'un de ses clients, M. Redon, et il avait produit une note de 4 600 francs qui représentait, d'une part des soins dentaires, et d'autre part la fourniture d'appareils de prothèse.

Le client protestait contre cette prétention, et il déclarait que le chirurgien ne devait pas être considéré comme créancier privilégié, tout au moins pour la plus forte proportion de la réclamation qui ne constituait que la fourniture d'un appareil de prothèse.

M. Redon prétendait également que le privilège pour les frais de dernière maladie ne devait pas s'appliquer en matière de liquidation judiciaire. Mais, sur ce point, les auteurs et la jurisprudence sont formels, en ce sens que, par dernière maladie, il faut entendre celle qui a précédé l'ouverture de la liquidation judiciaire, la loi voulant accorder un

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

privilège à tous ceux dont l'activité professionnelle a contribué à la lutte pour la maladie.

D'autre part, le client ne pouvait plaider sérieusement que la stomatologie n'est pas une branche de l'art médical : il est évident que l'influence d'une bonne dentition sur l'état général de la santé ne peut-être considérée ; et le tribunal a déclaré avec raison que les chirurgiens-dentistes, dont le statut est déterminé par la loi, ne peuvent être raisonnablement privés du bénéfice du privilège que la jurisprudence accorde aux sages-femmes, aux infirmiers et aux gardes-malades.

Restait à savoir pour quelle somme le Dr Estivals serait admis comme créancier privilégié.

Les soins dentaires proprement dits s'élevaient à 400 francs ; le chirurgien-dentiste y ajoutait un bridge inférieur de 5 dents en or, d'une valeur de 1 500 francs, et un bridge supérieur de 9 dents, également en or, pour 2 700 francs.

Le tribunal de Rodez, par son jugement du 11 juin 1935 (*Gaz. Pal.*, 6 août 1935), a admis le Dr Estivals comme privilégié pour une somme de 1 800 francs, mais il a déclaré que, pour le surplus de la créance, soit 2 800 francs, il ne viendrait rang des créanciers ordinaires.

Le raisonnement du tribunal est le suivant : il estime que la fourniture d'appareils de prothèse est indispensable pour remplacer les dents défectueuses ; mais qu'il n'est pas nécessaire que ces appareils fussent en or, la situation commerciale de M. Redon permettant d'affirmer que cette fourniture avait un caractère de luxe sans rapport avec sa fortune.

En effet, il existe des appareils construits en matière beaucoup moins onéreuse, notamment en vulcanite, qui auraient rempli le même effet et auraient fait le même usage.

Dès lors, prenant pour fondement de son raisonnement le tarif du syndicat des chirurgiens-dentistes de l'Aveyron, le tribunal n'a admis la créance du chirurgien-dentiste, en ce qui concerne la fourniture des appareils, que pour le prix qu'auraient coûté des appareils semblables faits en vulcanite.

Cette solution est conforme au principe admis par la jurisprudence : seuls les frais pharmaceutiques, ou ceux qu'on peut assimiler à des dépenses faites dans un but curatif, jouissent du privilège.

Au contraire, les frais ou les suppléments de frais qui n'ajoutent rien à la valeur médicale d'un appareil de prothèse cessent, pour cette partie somptuaire de dépenses, de bénéficier des prescriptions de la loi.

Adrien Peytel,
Avocat à la Cour d'appel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 avril 1936.

L'Académie vient de reprendre ses séances. Pendant les vacances, des travaux importants ont été effectués ; il faut noter en particulier le nouvel éclairage qui paraît fort réussi.

M. LE PRÉSIDENT fait part de la mort de deux de ses membres : le commandant Jean Charcot, membre libre depuis 1930, et Lord Berkeley Moynihan (de Leeds), associé étranger depuis 1935.

Notice nécrologique. — M. GUÉRIN lit une notice nécrologique sur M. Arnold THEILER (de Lucerne), membre correspondant étranger dans la section de médecine vétérinaire.

Electroencéphalogrammes dans l'aphasie. — MM. MARINESCO, O. SAGER et KREINDLER étudiant l'électro-encéphalogramme dans l'aphasie aboutissent à la conclusion suivante :

L'électro-encéphalogramme de l'hémisphère gauche est notablement modifié dans les cas très récents pour tendre ensuite à revenir à la normale. Dans des cas plus invétérés, on observe une tendance à la compensation de la part de l'hémisphère droit, se traduisant par une accélération des ondes *a*.

Les auteurs croient à une relation étroite entre le degré, l'âge de la lésion et l'électro-encéphalogramme.

Autres communications :

— Les interventions chirurgicales dans la tuberculose pulmonaire : M. ROBERTS.

— Même sujet : M. TUDOR EDWARDS.

— Recherches sur les propriétés culturales et tinctoriales d'un *Actinomyces* pulmonaire acido-résistant : MM. A. et R. SARTORY, MEYER et WALTER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 9 octobre 1936.

Érythème annulaire rhumatismal et streptococcémie à « streptococcus viridans ». — MM. ROBERT DEBRÉ, MAURICE LAMY et Mlle M.-L. JAMMET ont observé à six reprises chez les enfants atteints de maladie de Bouillaud un érythème d'un type particulier, décrit autrefois par Rayer et plus tard par Besnier. Il s'agit d'éléments de couleur rosée ou légèrement cuivrée, non surélevés, de macules dessinant sur la peau des sortes de festons, de guirlandes dont la coloration est d'ordinaire maxima à la périphérie. Souvent la réunion de plusieurs macules aboutit à la constitution d'une plaque de contour polycyclique d'aspect circiné. Fréquemment aussi se forment de véritables anneaux d'un dessin plus ou moins régulier. L'éruption demeure d'ordinaire discrète et prédomine habituellement sur le tronc.

C'est essentiellement dans les formes sévères de la maladie que l'érythème se développe, d'où la valeur qu'il possède pour le pronostic. Il semble qu'elle existe seulement dans les cas compliqués d'endocardite. Deux enfants chez lesquels l'éruption était floride et avait récidivé à plusieurs reprises souffraient d'un rhumatisme sévère hautement fébrile et compliqué de graves lésions cardiaques auxquelles l'un d'eux succomba.

C'est précisément dans ces cas sévères que les cultures du sang ont démontré la présence de streptocoques du type *viridans* identiques à ceux que l'on rencontre dans l'endocardite maligne à évolution lente.

Tout en considérant qu'il est impossible d'assimiler l'une à l'autre la maladie de Bouillaud et l'endocardite maligne à évolution lente, les auteurs estiment qu'i existre entre elles des liens cliniques et bactériologiques indéniables. On est autorisé à penser que les particularités symptomatiques et évolutives de l'une et de l'autre maladie tiennent en réalité à des différences dans l'état de sensibilité ou d'immunité vis-à-vis du même germe infectant.

M. E. BERNARD a observé il y a quelques années chez trois enfants une éruption très analogue, à évolution bénigne, qu'il a considérée comme un cas de cinquième maladie.

M. CATHALA montre que ces cas évoquent l'érythème marginé aberrant décrit par Marfan au cours de la diphtérie. Il se demande si tous ces faits ne pourraient pas être rapprochés entre eux.

M. DEBRÉ distingue nettement la cinquième maladie ou mégalérythème épidémique qui atteint la face, donnant un aspect en ailes de papillon, est fugace, ne récidive pas, est épidémique, ne s'accompagne pas d'autres symptômes. L'érythème marginé aberrant est le plus souvent d'origine sérique.

Quadriplégie brusque et mort rapide. Destruction d'un ménisque intervertébral. Écrasement médullaire consécutif. — M. L. LANGERON (Lille).

Un cas de méningite lymphocytaire bénigne. — MM. URECHIA et ELEKES (Cluj) rapportent un cas de méningite lymphocytaire bénigne vraisemblablement ourlienne.

Oreillons à forme cérébrale et à début psychosique. — MM. URECHIA et ELEKES (Cluj).

A propos d'un cas d'asystolie avec grande éosinophilie sanguine. — MM. G. MAIRE, J. FRICKER, J. WARTER, et H.-R. BLOCH (Strasbourg) rapportent l'histoire d'un malade atteint d'asystolie chez lequel l'éosinophilie sanguine atteignait jusqu'à 80 p. 100. Les auteurs discutent la cause de cette éosinophilie et concluent à la probabilité d'une filariose sanguine.

Endocardite maligne à staphylocoques. — MM. L. LAEDERICH, ROBERT WORMS et A. RUBENS-DUVAL rapportent une observation dans laquelle l'affection évolua au début sous l'aspect d'une septicémie pure. A la troisième semaine apparaît un souffle systolique, dont la nature est en même temps démontrée par les hémocultures et par une embolie de l'artère fémorale.

L'embolectomie est pratiquée vingt-quatre heures après le début des accidents. Malgré l'imperfection des résultats anatomiques, puisqu'à l'autopsie on retrouvera la fémorale thrombosée, l'intervention prévient l'apparition d'une gangrène qui semblait imminente et c'est sans avoir éprouvé la moindre douleur que la malade meurt une semaine plus tard.

Les auteurs insistent également sur quelques particularités bactériologiques. Le germe isolé par hémoculture donnait naissance à des colonies blanches qui, par repiquages successifs, viraient au jaune d'or. Ce fait confirme le caractère contingent de la fonction chromogène du staphylocoque, indépendante en particulier de sa virulence.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Un cas probable d'ectasie de l'aorte abdominale. — M. MOLLARET.

Cancer végétant et métastatique du corps du pancréas avec localisation oculaire. — MM. ÉTIENNE CHABROL, A. BUSSAN et J. SALLET rapportent un cas de cancer du pancréas qui s'était manifesté par une hématémèse due à l'ulcération de la paroi gastrique. Une métastase cérébrale avait donné lieu à une paralysie de la IIIe paire. Ils soulignent les difficultés diagnostiques que peut soulever une pareille association et rapprochent ce cas d'un cas de métastase infundibulaire récemment publié par Benhamou. JEAN LEREBOULLET.

REVUE DES CONGRÈS

LE Ve CONGRÈS INTERNATIONAL DU RHUMATISME

Le Ve Congrès international du Rhumatisme s'est tenu du 3 au 6 septembre en Suède, à Lund d'abord, puis à Stockholm, sous la présidence du professeur Ingvar (de Lund), le professeur Kahlmeter (de Stockholm) en étant le secrétaire général et l'admirable organisateur. Il fut un éclatant succès. En plus des personnalités invitées et des dames, venues nombreuses, il réunit 224 membres adhérents accourus par terre, par mer, par air, d'Allemagne, Angleterre, Amérique, Belgique, Brésil, Bulgarie, Danemark, Espagne, Esthonie, Etats-Unis d'Amérique, Finlande, France, Hongrie, Italie, Lettonie, Lithuanie, Mexique, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Suède, Suisse, Tchéco-Slovaquie, Turquie, U. R. S. S. Le rhumatisme est vraiment à l'heure actuelle, dans le monde entier, une des questions qui préoccupent le plus les chercheurs ! La délégation française fut importante : elle était constituée par MM. Dausset, Forton (de Bordeaux), Lacapère, Laignel-Lavastine, Molinéry, Morlaas, Nussbaum, Pauzat (de Bordeaux), Mathieu-Pierre Weil, Weissenbach. Le professeur Mathieu, retenu à un Congrès d'orthopédie en Italie, et Rœderer, malheureusement empêché, eurent le regret de devoir se faire excuser au dernier moment.

La séance d'ouverture eut lieu dans le grand amphithéâtre de l'Université de Lund. Après une allocution du professeur Ingvar qui rappela l'histoire des hôpitaux suédois, leur apparition après la révolution protestante, leur transformation en lazarets de lupiques puis de mentaux (le mot hôpital désigne toujours en Suède un asile pour mentaux), et la naissance dans ces dernières années de ces merveilleux hôpitaux de rhumatisants que les congressistes auront bientôt l'occasion de visiter, après un mot de bienvenue du Dr Axel Höger, directeur général de l'Administration médicale de l'Etat, et une improvisation brillante du professeur Martin Nilsson, recteur de l'Université de Lund, le docteur Fortescue Fox (de Londres), président de la Ligue internationale contre le Rhumatisme, traça un plan de travail, et le Dr von Breemen (d'Amsterdam), l'actif secrétaire général de la ligue, en relata les derniers événements. Puis la parole passe aux représentants des nations étrangères : professeur Vogt (Allemagne), Dr Bauer (Etats-Unis d'Amérique), professeur Konchalovski (U. R. S. S.), Dr Jarlöw (Danemark), professeur Prusik (Tchéco-Slovaquie), professeur Gunsbourg (Belgique). Le Pr Laignel-Lavastine, président de la Ligue française, prit la parole au nom de nos camarades : après une pensée adressée au souvenir et à l'amitié de Karl Petren, il conta avec humour et entrain, dans son amour bien connu du folk-lore, l'histoire anecdotique de cette merveilleuse cathédrale à l'ombre de laquelle nous étions réunis, et que construisit un beau matin, à n'en pas douter, ainsi que le dit l'histoire, le géant Tinn et sa femme, acromégales peut-être, peut-être aussi rhumatisants...

Puis les séances de travail commencèrent. Elles se tinrent régulièrement à l'Akademiska Föreningen, dans la salle de réunion de la maison des Étudiants. Pendant trois jours celle-ci ne désemplit point.

Le premier rapport traita de l'**allergie dans les maladies rhumatismales.** Klinge (de Münster) développa les recherches bien connues de son maître Rössle et les siennes propres. De nombreuses projections rappelèrent les aspects de l'infiltrat précoce, la formation et la constitution des lésions nodulaires rhumatismales. Puis, Konchalovski (Moscou), Freeman (Londres), Pewsner (Moscou), Nanna Svartz (Stockholm), Coburn (New-York), de Bersaques (Gand) etc., apportèrent des images histologiques et des interprétations quelque peu différentes... Mathieu-Pierre Weil et Delarue montrèrent que, dans le rhumatisme et la goutte, les lésions, tant synoviales qu'ostéo-cartilagineuses et sous-cutanées (nodosités et tophi), présentent des aspects anatomiques identiques : ce sont ceux de l'hyperergie ; mais la communauté de ces lésions, si elle témoigne d'une modalité réactionnelle semblable, ne saurait permettre de ramener à cette seule notion le problème de ces affections. Et ce fut, semble-t-il, l'opinion à laquelle se sont ralliés la plupart des auteurs. Le rhumatisme donne naissance à une inflammation d'un type particulier : mais à l'hyperergie on ne saurait réduire la question du rhumatisme dont elle n'est qu'une modalité représentative.

La deuxième question à l'ordre du jour était de **la radiographie dans les maladies rhumatismales.** Brogsitter (Berlin), Scott (Londres), van Ebbenhorst Tengbergen (Amsterdam), Vontz (Bad-Neuenahr), etc., développèrent tour à tour des opinions souvent assez personnelles. Weissenbach et Françon, dans leur beau rapport, montrèrent la variation des images radiologiques au cours des diverses formes du rhumatisme chronique généralisé et à ses différentes périodes. Mathieu-Pierre Weil insista sur les erreurs de la radiologie, montrant entre autres, à l'aide de pièces de coxarthries, combien sont différents les aspects photographiques, qui montrent ce qui est superficiel, et radiologiques, qui montrent les remaniements qui se passent en profondeur ; puis cet auteur, à l'aide de nombreuses projections, traça l'iconographie de la spondylose rhizomélique et de ses lésions sacro-iliaques initiales, ainsi que de l'orteil goutteux auquel il reconnaît un type lacunaire, mais un autre aussi qui rappelle étroitement l'ostéo-arthrite hypertrophique dégénérative, et un troisième ostéoporotique.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Il montra enfin l'extrême fréquence de lésions ostéo-articulaires à l'origine de la sciatique.

Puis vint le troisième rapport : **la nature de myalagie.** La lutte fut vive entre ceux qui, comme Helveg (Copenhague), Lindstedt (Stockholm), confèrent à la maladie un cadre extrêmement étendu, Ingvar (Lund), Freund (Vienne), Prusik (Prague), de Pap (Buda-Pest) plus éclectiques, et les auteurs français Mathieu-Pierre Weil, Coste et J. Forestier, qui croient que, avant de discuter de l'essence de la myalagie, il serait sage d'en limiter plus soigneusement les confins que l'on a selon eux exagérément étendus : la névrite, la cellulite, l'arthrite restent des entités cliniques infiniment plus fréquentes ; et hors le microtraumatisme et la sensibilité conjonctive au froid et autres circonstances extérieures, ses facteurs, en tant du moins que maladie propre, en quelque sorte initiale, apparaissent relativement bien restreints.

Le dernier jour à Lund fut rempli par des discussions sur **l'aide l'orthopédie dans les maladies rhumatismales.** Discussions : mot inexact à vrai dire ; Haglund (Stockholm), Swaim (Boston), Fisher (Londres), Rœderer (présenté par Mathieu-Pierre Weil), Bach (Londres), Belmonte (Amsterdam), Weissenbach, en son nom et celui de Boppe, etc., montrèrent les divers aspects du problème, en des vues non opposées mais complémentaires, et dont la concordance souligne, s'il en était encore besoin, la tristesse de notre organisation hospitalière parisienne, où l'orthopédie et l'appareillage sont loin d'occuper les plans essentiels qui leur reviennent.

Puis, un beau soir, le Congrès se déplaça. Pour 10 couronnes, 40 francs de notre monnaie, nous pûmes dormir une confortable nuit dans les wagons-lits des chemins de fer suédois. Le lendemain au matin nous nous retrouvions, 600 kilomètres plus au nord, frais et dispos, dans la grande salle de réunion de la Société de médecine de Suède, à Stockholm.

La séance s'ouvrit sous la présidence d'honneur de S. A. R. le prince Charles, qui avec une attention digne d'éloges écouta, dans toutes les langues, parler de **l'état du logement des rhumatisants** : Poynton (Bath), Natvig (Oslo), Danichevsky et Gelman (Moscou), Lenoch (Trencianske-Teplice), van Breeman (Amsterdam), Brüuner-Ornstein (Vienne), etc. Et le lendemain le congrès se terminait sur une étude des **Affections de l'articulation de l'épaule dans les différentes professions, en rapport avec les diverses fonctions** où Weissenbach, Gunsburg (Anvers), Teisinger (Prague), Kahlmeter (Stockholm), Teleky (Vienne), Laqueur (Constantinople), etc., eurent la parole tour à tour.

Mais ce serait donner une image inexacte et bien incomplète de ce que fut ce brillant Congrès que de s'en tenir à son programme scientifique. Il faut que l'on dise la perfection d'une organisation où nul détail ne fut abandonné, la joie animée des lunches pris au cours d'interruptions des séances dans une salle de la Maison des étudiants, et où, groupés par petites tables, au gré de leurs affinités personnelles, les Congressistes revenaient du buffet leurs assiettes surchargées de ces innombrables et succulents hors-d'œuvre dont les pays du Nord ont le secret ; l'animation du dîner et de la soirée entrecoupés de chants d'étudiants (et quelles voix !), offerts à Bjerred Saltsjöbad, dans la banlieue de Lund, par la municipalité de cette calme ville universitaire; la splendeur du banquet du Knutssalen, à Malmö; la beauté des réceptions que dans leurs délicieux châteaux du XVIIIe siècle la baronne de Coyet et le baron et la baronne de Ramel voulurent bien réserver aux Congressistes; et l'inoubliable fête avec ballets et chants donnée en leur honneur au théâtre de la Cour du château de Drottningholm, où tout est resté inchangé depuis plus de deux cents ans, les peintures, les décors, les machineries, la salle, les artistes mêmes aurait-on pu croire, tant le programme, les costumes, les danses, la musique étaient avec la scène et la salle à l'unisson. Un mot encore pour remercier la municipalité de Stockholm et son bourgmestre de sa réception si intime dans cette merveille de l'art moderne que constitue son hôtel de ville récemment édifié et de ses milliers de sandwichs, pour dire la beauté des hôpitaux spéciaux pour rhumatisants que l'on nous a fait visiter longuement, celui de Lund, celui de Nynäs, et sur lesquels il faudra que nous revenions un jour, et un souvenir ému au professeur Ingvar et à Mme Ingvar, au professeur Kahlmeter, cheville ouvrière du Congrès, à à Mme Kahlmeter, à la charmante Mlle Kahlmeter aussi, au français si pur, dont l'activité, les prévenances et le charme n'ont pas été un des moindres attraits de cet inoubliable Congrès.

Le VIe Congrès international du rhumatisme se tiendra à Oxford-Bath-Londres en avril 1938.

MATHIEU-PIERRE WEIL.

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS UROLOGIQUES

PIPÉRAZINE MIDY. — Granulée, effervescente.

Le plus puissant dissolvant de l'acide urique. Le seul prescrit au Codex français.

DOSE. — Deux à six cuillerées à café par jour.

Laboratoires Midy, 4, rue du Colonel-Moll, Paris.

PYRI-PYRIDIUM. — Phényl-azo-diamino-pyridine. Un corps chimique nouveau pour la désinfection génito-urinaire par voie buccale.

INDICATIONS. — Pyélites, pyélo-néphrites, cystites, colibacillose.

Laboratoires Servier, 25, rue Eubène-Vignat, Orléans.

THÉOBRYL ROCHE. — Allylthéobromine, diurétique injectable, plus actif et à plus petites doses que les théobromines.

Une à deux ampoules par jour ou X à XX gouttes deux à quatre fois par jour (et plus suivant les cas).

Produits Hoffmann-La-Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris (IVe).

URASEPTINE. — PRINCIPES ACTIFS. — Hexaméthylène-tétramine et son citrate, benzoates de soude et de lithine, diéthylénimine.

DOSES. — Granulé soluble, 2 à 6 cuillerées par jour avant les repas, dans un peu d'eau.

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS UROLOGIQUES *(Suite)*

MODE D'ACTION. — Antiseptique urinaire par excellence, par *dédoublement assuré* de la formine et mise en liberté du formol.

Dissout et chasse l'acide urique.

INDICATIONS. — Toutes les infections vésicorénales, pyélites, pyélonéphrites, cystites, urétrites gonococciques et autres, arthritisme et ses complications, diathèse urique, goutte, gravelle.

Henry Rogier, 56, *boulevard Pereire, Paris.*

URICLARINE. — Combat l'infection urinaire au lieu même où elle naît : le tube digestif. Médicament de choix des affections réno-vésicales d'origine microbienne.

INDICATIONS. — Maladies infectieuses des voies urinaires, cystites, pyélites, colibacillurie, etc.

Brisson, 157, *rue Championnet, Paris* (*XVIII*e).

URISANINE. — A base de benzoate d'hexaméthylène-tétramine.

INDICATIONS. — Antiseptique urinaire et biliaire.

DOSES. — 1 à 3 cuillerées à café par jour dans un demi-verre d'eau.

Laboratoire de l'Urisanine, 28, *rue Milton, Paris.*

NOUVELLES

Loi concernant les modalités d'installation des sanatoria publics assimilés ou agréés et le contrôle sanitaire des locaux d'habitation dans les stations climatiques de cure pour tuberculeux (*Loi du* 28 *août* 1936). — ARTICLE PREMIER. — Tout sanatorium destiné aux tuberculeux pulmonaires devra être entouré d'un domaine suffisant pour permettre aux malades la promenade quotidienne sans que ces derniers soient obligés de sortir de l'établissement. La superficie que devra avoir le domaine par rapport au nombre de lits de l'établissement est fixée par décret d'administration publique.

ART. 2. — Les dispositions qui font l'objet des articles 8 et 9 de la loi du 7 septembre 1919 sont remplacées par les dispositions suivantes :

Art. 8. — Les sanatoria privés ne pourront être ouverts sans une autorisation délivrée par le ministère de la santé publique.

Par la suite, aucune modification, aucun agrandissement, ni changement portant sur les bâtiments, le nombre de lits, les aménagements, les conditions d'exploitation et les dispositions du sanatorium ne devront être réalisés sans une autorisation du ministre de la Santé publique.

Les demandes d'autorisation seront adressées au préfet qui en délivrera récépissé.

L'absence de toute décision ministérielle dans un délai de six mois à compter de la date du récépissé sera considérée comme une autorisation.

Art. 9. — L'inexécution constatée des prescriptions de l'article 8 de la présente loi et du décret prévu à l'article 4 ci-dessus entraînera la fermeture de l'établissement. Celle-ci sera prononcée par le ministre de la Santé publique, après avis de la commission de la tuberculose.

ART. 3. — Les tuberculeux pour le placement desquels intervient la participation de l'Etat au prix de journée ne pourront être hospitalisés que dans les sanatoria agréés (publics, assimilés ou privés), à l'exclusion, de toute villa, hôtel, pension ou maison de cure.

ART. 4. — Les stations climatiques visées par l'article 1er de la loi du 24 septembre 1919 seront subdivisées en stations climatiques de cure pour tuberculeux et en stations climatiques de villégiature.

Le décret prévu par la loi précitée afin d'arrêter la liste de ces stations sera rendu sur avis conforme de l'Académie de médecine.

ART. 5. — Dans les stations de cure pour tuberculeux, le règlement sanitaire type, dit modèle C, devra être appliqué, notamment en ce qui concerne les mesures et règles générales de salubrité qu'il prescrit ; ces stations devront comporter un bureau d'hygiène tel qu'il est prévu par l'article 19 de la loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique, quitte pour la commune à utiliser les installations locales existantes et leur matériel pour la désinfection des crachoirs, linge, literie et logements.

Dans les hôtels, pensions de famille ou villas meublées, le bureau d'hygiène procédera à des inspections fréquentes et s'assurera de la salubrité rigoureuse des locaux.

Toute location en meublé au domicile de l'habitant, ayant ou recevant des enfants mineurs, devra faire l'objet d'une déclaration au bureau d'hygiène dans un délai de deux jours. Le bureau d'hygiène sera tenu, dans le même délai, de s'assurer que le ou les occupants des locaux loués ne sont pas des malades susceptibles de contaminer ces mineurs.

Toute infraction aux arrêtés municipaux concernant la prophylaxie, commise par les hôtels, pensions, maisons de cure, pourra entraîner la fermeture de ces établissements pendant une période de un à trois mois.

ART. 6. — Dans les stations climatiques de villégiature, aucun sanatorium ne pourra être créé sans que l'avis du conseil municipal, prévu au paragraphe 8 de l'article 3 du décret du 20 mai 1932, soit favorable à cette création.

XXIVe Congrès français de médecine. — La séance solennelle d'ouverture du XXIVe Congrès français de médecine se tiendra au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, le lundi 22 octobre, à 5 h. 30 du matin, sous la présidence de M. le ministre de l'Education nationale. Les docteurs et étudiants de la Faculté de médecine de Paris y sont cordialement invités.

XIe Congrès annuel des anesthésistes (Philadelphie). — A l'occasion du XIe Congrès annuel des anesthésistes qui se tient à Philadelphie du 19 au 23 octobre prochains, la Société française d'anesthésie et d'analgésie a été invitée à participer aux travaux de ce Congrès.

MM. Desmarest et Le Mée ont accepté de se rendre à Philadelphie comme représentants de la Société française d'anesthésie pour y recevoir la médaille d'argent offerte par les membres du Congrès au Comité de rédaction du journal *Anesthésie et Analgésie.*

Cours de l'Ecole centrale de puériculture. — Les cours de l'École centrale de puériculture commenceront le jeudi 19 novembre 1936 à 16 heures, 5, rue Las-Cases, Musée Social.

Deux médecins canadiens aux missions du Sud-Africain. — Le vicaire apostolique du Basutoland, Son Excellence Mgr Bonhomme, des Oblats de Marie-


DANS TOUTES LES GRANDES INFECTIONS AIGUES LA...
SEPTICÉMINE
ENTRAINE UNE CHUTE DE TEMPÉRATURE
SANS CHOC NI RÉACTION
40
39
38
LABORATOIRES CORTIAL
7, rue de l'Armorique, PARIS

NOUVELLES *(Suite)*

Immaculée, se préoccupe vivement d'organiser sur son vaste territoire une sérieuse assistance médicale pour les indigènes. Un de ses missionnaires — un vétéran du Basutoland — le R. P. Chevrier, se mit en quête dans son pays natal, le Canada, de médecins qui voudraient accepter de s'établir dans la mission.

Deux médecins ont répondu à son appel, le Dr Foucher et le Dr Blais, qui se consacreront avec les missionnaires au soin des Basoutos.

XXXIXe Congrès de l'International Law Association pour la protection de la population civile contre la guerre moderne. — Consacrant les efforts faits par le Comité international de médecine militaire pour obtenir une protection efficace des Services de santé des armées et des populations civiles en cas de conflit, le XXXIXe Congrès de l'International Law Association, qui s'est tenu à la Cour de cassation au Palais de Justice de Paris, vient de discuter cette angoissante question d'actualité.

Il a nommé à l'unanimité une Commission qui a pour but d'examiner sous tous ses aspects, juridiques et pratiques, le problème de la protection de la population civile contre les nouveaux engins de guerre et particulièrement les bombardements aériens. Les travaux de cette Commission seront poursuivis en liaison étroite avec le Comité international de la Croix-Rouge et l'Association internationale pour la protection de l'humanité, récemment créée à Monaco. Le vote de cette résolution a été précédé par un échange de vue au cours duquel le sérieux et l'émotion des déclarations faites par les délégués des différentes nations représentées ont parfaitement montré l'opportunité de ce débat dans la gravité des circonstances actuelles.

IIIe Session des « Journées médicales de Paris » du 26 au 30 juin 1937. — Le Comité permanent des *Journées médicales de Paris* vient de décider d'organiser, à l'occasion de l'Exposition internationale de 1937, des Journées qui rappelleront, dans leurs lignes générales, celles des deux premières sessions (1926 et 1928) et qui réuniront les médecins civils, militaires de terre et de mer, les pharmaciens, les vétérinaires et les biologistes, physiciens et chimistes français et étrangers.

Elles seront présidées par le professeur Carnot.

Les vice-présidents seront : les médecins généraux inspecteurs Rouvillois et Morvan, les professeurs Perrot et Gorris, les professeurs Leclainche et Nicolas.

Secrétaire général : M. le docteur Henri Godlewski.

Secrétaire général adjoint : M. le docteur Pierre-Bourgeois avec le patronage et le concours du Comité de rédaction de la *Revue médicale française*.

Le Comité français des expositions a bien voulu se charger, comme pour les sessions précédentes, de l'organisation des expositions habituelles, et en a confié la direction à M. Jean Faure.

Les matinées seront consacrées, suivant la tradition, aux démonstrations pratiques, organisées dans les hôpitaux civils et militaires, ainsi que dans les Écoles et Instituts de biologie, et grouperont toutes les branches de l'activité médicale.

Les séances de l'après-midi seront réservées à l'étude pratique du sujet suivant : *Hormones et thérapeutique endocrinienne.*

1re journée : L'hypophyse.

2e journée : Les glandes génitales.

3e journée : Les thyroïdes, parathyroïdes et surrénales.

4e journée : Le foie, le pancréas et le thymus.

Ces séances de l'après-midi auront lieu dans l'enceinte de l'Exposition internationale, à proximité des stands réservés aux exposants des Journées médicales.

Il est prévu un programme de fêtes aussi brillantes que pour les Journées de 1926 et de 1928. Ce programme sera publié ultérieurement.

Tous ceux, étudiants, médecins, pharmaciens, vétérinaires et biologistes, désireux de s'intéresser aux Journées médicales de Paris, 1937, sont priés de s'adresser au Service des Journées médicales, *Revue médicale française*, 18, rue de Verneuil, Paris (VIIe). Cotisations : 50 francs, 30 francs pour les membres de la famille du congressiste et les étudiants.

IIIe Congrès de la Société de broncho-œsophagoscopie de langue française. — Ce Congrès aura lieu à Paris, le dimanche 18 octobre, sous la présidence de M. le professeur Jacques.

La séance du matin se tiendra de 10 heures à 13 heures à l'hôpital Laennec (Service O. R. L.) : présentation de malades et d'instruments ; démonstrations de broncho-œsophagoscopie. La séance de l'après-midi aura lieu à 16 h. 30 dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine : séance administrative, communications scientifiques.

S'adresser à M. Soulas, 14, rue de Magdebourg, Paris.

Fédération thermale du Sud-Est. — Cette fédération s'est réunie le dimanche 13 septembre 1936, à son siège à Vals-les-Bains, sous la présidence de M. Jeannot, secrétaire de la Fédération thermale de France.

De nombreuses questions ont été débattues et, à l'issue de la réunion, il a été procédé à la nomination définitive des membres du bureau. Sont élus :

Président honoraire : M. René Dalverny, des Fumades ;

Président effectif : M. Camille Chalamon, de Vals ;

Vice-présidents : MM. Goirand, d'Aix-en-Provence, et un représentant de Lamalou-les-Bains ;

Secrétaire général : M. Uzan, de Vals.

Secrétaire général adjoint : M. Goubert, des Fumades ;

Assesseurs : MM. Bordes (Balaruc-les-Bains) ; Rambaudy (Camoins) ; Soullier (Digne) et Mathieu (Le Pestrin).

Sont délégués à la Fédération thermale de France : MM. Dalverny, Chalamon, Mollaret et Céré.

Un banquet a clôturé cette journée, auquel ont pris part toutes les personnalités présentes. Des discours ont été prononcés par MM. Dalverny, Martin-Terrasse, adjoint à la Municipalité de Vals-les-Bains, et M. Jeanot.

Clinique thérapeutique médicale de la Pitié. — Cours de perfectionnement sur le diabète sucré. — Ce cours sera fait du 19 au 31 octobre 1936 par M. le professeur Rathery avec la collaboration du professeur Terrien, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine ; du professeur Jeannin, professeur de clinique d'accouchement à la Faculté de médecine ; de M. Thalheimer, chirurgien des hôpitaux ; de M. Mollaret, agrégé, médecin des hôpitaux ; de MM. Boltanski, Julien Marie et Kourilsky, médecins des hôpitaux ; de M. Froment, ancien chef de clinique, médecin assistant du service ; de M. Dérot, Mlle G. Dreyfus-Sée, M. Sigwald, chefs de

NOUVELLES *(Suite)*

clinique et anciens chefs de clinique à la Faculté de médecine, et de M. Doubrow, chef de laboratoire.

Programme du cours. — I. Etude biologique du diabète : Les troubles du métabolisme dans le diabète ; L'acidose diabétique ; La physio-pathologie du diabète ; Le rôle des glandes vasculaires sanguines dans le diabète. — II. Les méthodes d'examen d'un diabétique. — III. Etude clinique du diabète : Le diabète simple et le diabète consomptif ; Le diabète infantile ; Le diabète rénal ; Le diabète bronzé ; Les formes étiologiques du diabète (syphilis, traumatisme, etc.) ; Diabète et grossesse. — IV. Les complications du diabète : Les petits accidents nerveux ; Les accidents oculaires ; Les accidents cutanés : furoncles, anthrax, diabétides ; Les accidents cardio-vasculaires : le collapsus cardiaque ; Les gangrènes diabétiques Le coma diabétique ; Tuberculose et diabète. — V. La thérapeutique du diabète ; Le régime de Bouchardat et les régimes équilibrés ; L'insuline : propriétés et mode d'action ; Les traitements chimiques et hydrologiques ; Les succédanés de l'insuline ; Le traitement de fond du diabète simple et du diabète consomptif ; Les résultats de la cure insulinique dans le traitement de fond du diabète consomptif ; L'insulino-résistance ; Traitement du coma diabétique ; Les accidents dus à l'insuline et le coma insulinique ; Diabète et chirurgie ; L'avenir du diabétique.

Exercices pratiques sous la direction de M. Doubrow et de M. de Traverse, chefs de laboratoire. Les auditeurs seront invités par petits groupes aux méthodes récentes de laboratoire concernant les recherches utiles dans l'étude et dans le traitement du diabète : La recherche et le dosage des sucres urinaires ; Le dosage du sucre sanguin et les épreuves d'hyperglycémie provoquée ; Le *pH* et la réserve alcaline ; La recherche et le dosage de l'acétone, de l'acide diacétique et de l'acide β-oxybutyrique ; Le métabolisme basal ; Etude des lésions anatomo-pathologiques au cours du diabète, etc. Visite quotidienne dans les salles et présentation de malades diabétiques par le professeur Rathery.

Horaire des cours et exercices pratiques. — Lundi 19 octobre, 10 heures : professeur Rathery : Les troubles du métabolisme dans le diabète. 15 heures : Exercices pratiques : Le dosage du sucre dans les urines. 17 heures : M. Maurice Dérot : L'acidose diabétique. — Mardi 20 octobre, 10 heures : professeur Rathery : La physiologie pathologique du diabète. 15 heures : Exercices pratiques : Le dosage du sucre dans les urines. 17 heures : professeur Rathery : Glandes vasculaires sanguines et diabète. — Mercredi 21 octobre, 10 heures : professeur Rathery : Les formes fondamentales du diabète. 15 heures : Exercices pratiques : Le dosage des corps cétoniques dans les urines. 17 heures : Mme Germaine Dreyfus-Sée : Le diabète infantile. — Jeudi 22 octobre, 10 heures : M. Sigwald : Les formes étiologiques du diabète. 15 heures : Exercices pratiques : Le dosage des corps cétoniques dans les urines. 17 heures : M. Julien Marie : Le diabète rénal. — Vendredi 23 octobre, 10 heures : professeur Jeannin : Diabète et grossesse. 15 heures : Exercices pratiques : Le dosage du sucre sanguin ; Epreuve de l'hyperglycémie provoquée. 17 heures : M. Doubrow : Le diabète bronzé. — Samedi 24 octobre, 10 heures : professeur Terrien : Les accidents oculaires du diabète. 15 heures : Exercices pratiques : Le métabolisme basal. 17 heures : M. Mollaret : Les petits accidents nerveux du diabète. — Lundi 26 octobre, 10 heures : M. Dérot : Le collapsus cardiaque chez les diabétiques. 15 heures : Exercices pratiques : *pH* sanguin et réserve alcaline. 17 heures : M. Kourilsky : Accidents cutanés du diabète. — Mardi 27 octobre, 10 heures : professeur. Rathery : Le coma diabétique et son traitement. 15 heures : Exercices pratiques : *pH* sanguin et réserve alcaline. 17 heures : M. Boltanski : L'artérite et les gangrènes diabétiques. — Mercredi 28 octobre, 10 heures : M. Julien Marie : Tuberculose et diabète. 15 heures : Exercices pratiques : Les lésions anatomo-pathologiques du diabète. 17 heures : M. Froment : Le traitement du diabète simple. — Jeudi 29 octobre, 10 heures : M. Froment : Le traitement de fond du diabète consomptif. 15 heures : Exercice pratiques : Les lésions anatomo-pathologiques du diabète. 17 heures : professeur Rathery : L'insuline, ses propriétés et son mode d'action. — Vendredi 30 octobre, 10 heures : professeur : Rathery : Résultats de la cure insulinienne dans le diabète consomptif. L'insulino-résistance et l'insulino-sensibilité. 15 heures : Exercices pratiques : Revision. 17 heures : M. Froment : Les traitements chimiques et hydrologiques ; Les succédanés de l'insuline. — Samedi 31 octobre, 10 heures : M. Sigwald : Les accidents dus à l'insuline et le coma hypoglycémique. 16 heures : M. Thalheimer : Chirurgie et diabète. 17 h. 30 : professeur Rathery : L'avenir du diabétique.

Un diplôme sera délivré aux auditeurs à l'issue du cours. Droit d'inscription : 250 francs. Les inscriptions sont reçues à la Faculté de médecine, soit au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, soit à l'A. D. R. M. (salle Béclard) tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi).

Le Cours n'aura lieu que si le nombre des inscrits n'est pas inférieur à 10.

Conférences de psychiatrie. — Le Dr Henri Ex, médecin des Asiles, ancien chef de clinique, reprendra ses conférences et examens des malades à partir du 21 octobre, *tous les mercredis* à l'Asile Sainte-Anne. Les examens de malades ont lieu à 16 heures à l'amphithéâtre de la Clinique du professeur Claude. Les exposés théoriques ont lieu le soir du même jour à 21 heures. Comme les années précédentes, ces conférences ne constituent pas une préparation directe au concours du Médicat des Asiles, mais ont pour but l'examen critique et l'étude pratique des problèmes psychiatriques. Pour renseignements et inscriptions s'adresser à M. C.-H. Nodet, Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis (XVIe).

Radiologie et Electrologie médicales, (Chaire de physique médicale, professeur : M. André Strohl, et Institut du radium, directeurs : MM. A. Debierne et Cl. Regaud). — Cet enseignement, organisé avec la collaboration des médecins électroradiologistes des hôpitaux de Paris, commencera le 3 novembre. Prière de s'inscrire avant cette date au Secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Hôpital Beaujon-Clichy. — Conféreces pratiques. — Le lundi 12 octobre et lundis suivants, à 11 heures, au service central d'électro-radiologie de M. Aubourg,

NOUVELLES *(Suite)*

une conférence pratique, avec présentation de malades, sera faite sur les sujets suivants :

Lundi 19 octobre. — M. Le Go : *Paralysie faciale droite* : diagnostic clinique ; traitement électrique.

Lundi 26 octobre. — M. Surmont : *Arthrite infectieuse* : traitement par les ondes courtes.

Lundi 8 novembre. — Mme Delaplace : *Rhumatisme chronique* : traitement par le bain de soleil oscillant de M. Surmont.

Lundi 15 novembre. — M. Zarachovitch, interne du service : *Occlusion intestinale aiguë* : traitement par lavement électrique.

Lundi 22 novembre. — M. Aubourg : *Suppuration* : action bactéricide de l'ozone.

Lundi 29 novembre. — M. Surmont : *Troubles artéritiques* : traitement électrothérapique.

Lundi 6 décembre. — Mme Delaplace : *Lupus du nez* : traitement localisé d'ultra-violets.

Lundi 13 décembre. — M. Le Go : *Névralgie faciale* : diagnostic électrologique : discussion des traitements électriques actuels.

Lundi 20 décembre. — Mme Legoux : *Métro-salpingite* : traitement par les bains de Luxeuil.

L'assistance à ces conférences et démonstrations pratiques, réservées aux étudiants et aux médecins praticiens, ne comporte aucun droit d'inscription.

Faculté de médecine de Lyon. Stage obstétrical de perfectionnement. — Un stage de perfectionnement aura lieu sous la direction de M. le professeur Voron, assisté de ses collaborateurs, à la clinique obstétricale, hôpital Édouard-Herriot. Il commencera le mardi 3 novembre et prendra fin le jeudi 13 novembre.

Ce stage est ouvert à tous les docteurs en médecine, ainsi qu'aux étudiants pourvus de vingt inscriptions. Les stagiaires dirigeront eux-mêmes les accouchements et seront individuellement exercés aux opérations obstétricales courantes. Ils pourront rester la nuit dans le service.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 24 octobre. Le droit d'inscriptions et de 200 francs qui doivent être versés en s'inscrivant.

Les demandes de renseignements et les inscriptions sont reçues par Mme la Secrétaire de la clinique obstétricale, pavillon K, hôpital Édouard-Herriot, Lyon.

Clinique médicale propédeutique (Hôpital Broussais, La Charité, 96, rue Didot. Professeur : M. Emile Sergent. — M. Emile Sergent commencera ses conférences cliniques, le mercredi 18 novembre 1936, à 11 heures, à l'hôpital Broussais.

I. Programme général de l'enseignement. — *Tous les matins, à 9 h. 30.* — Visite dans les salles.

Lundi, mardi et jeudi, à 11 heures. — Démonstrations radiologiques sur les malades du service et sur ceux de la policlinique.

Le mardi et le jeudi, à 9 h. 30. — Séance de pneumothorax artificiel sous la direction des Drs René Mignot et P. Loujumeau, anciens chefs de clinique.

Mercredi, à 9 h. 30. — Consultation sur les maladies du nez, du larynx et des oreilles, par M. le Dr Aubin.

Samedi, à 10 heures. — Policlinique avec examens radioscopiques pour les malades atteints d'affections des voies respiratoires.

Lundi, mardi et jeudi, à 9 heures. — Leçons de technique et de séméiologie élémentaire par le professeur, les chefs et anciens chefs de clinique : MM. Pignot, Bordet, Mignot, de Massary, Loujumeau, Vibert, Imbert, Launay, Pommeau-Delille, Thiébaut, Mamou, Racine, Moricard, Patte, Gallot, Regaud et Fourestier, et les chefs de laboratoire : MM. H. Durand, Couvreux et Kourilsky.

Mercredi, à 11 heures. — Conférence clinique à l'amphithéâtre, par le professeur.

Vendredi, à 11 heures. — Conférence clinique à l'amphithéâtre, par les chefs et anciens chefs de clinique ou par une personnalité étrangère au service.

II. Enseignement élémentaire des stagiaires (à partir du 1er novembre). — L'enseignement propédeutique sera tout particulièrement réglé sur un programme détaillé, affiché dans les salles de la clinique. Des démonstrations théoriques et pratiques seront faites chaque jour au lit du malade et au laboratoire. Elles porteront sur la technique des principaux procédés d'exploration utilisés en clinique et sur la séméiologie.

III. Enseignement complémentaire de perfectionnement. — Cet enseignement, réservé aux médecins et aux étudiants en fin d'études, on comprtera quatre sortes de cours, dont les dates et le programme détaillé seront précisés sur des affiches spéciales quelques semaines avant le début de chaque cours.

1° Un cours de revision et de mise au point des principales questions d'actualité dont la connaissance est indispensable aux médecins praticiens (du 9 au 14 novembre) avec la co-direction du Dr Liau, agrégé.

2° Un cours sur les suppurations de l'appareil respiratoire du 7 au 19 décembre inclus.

3° Un cours pratique de radiologie de l'appareil respiratoire, sous la direction du professeur et de M. Couvreux, chef du laboratoire de radiologie de la clinique, en avril.

4° Un cours de perfectionnement sur la tuberculose, de mi-juin à mi-juillet.

Un droit de laboratoire pour chacun de ces cours devra être versé au Secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4), de 14 à 16 heures.

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

18 Octobre. — *Niort.* Hôpital, Journée médicale de Niort.

18 Octobre. — *Paris.* Congrès de la Société de broncho-œsophagoscopie de langue française.

19 Octobre. — *Nice.* Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Nice.

19 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours de chef de laboratoire de chimie et de bactériologie de l'hôpital de Vannes.

19 Octobre. — *Paris.* Faculté de pharmacie. Concours de professeur suppléant de pharmacie et de matière médicale à l'École de médecine de Rennes.

19 Octobre. — *Paris.* Faculté de pharmacie. Concours de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'École de médecine de Limoges.

19 Octobre. — *Toulouse.* Faculté de médecine. Concours de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Clermont-Ferrand.

NOUVELLES (*Suite*)

19 OCTOBRE. — *Nice*. Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Nice.

19 OCTOBRE. — *Marseille*. Concours de l'externat en médecine des hôpitaux de Marseille.

19 OCTOBRE. — *Tours*. Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Tours.

19 OCTOBRE. — *Nancy*. Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Nancy.

19 OCTOBRE. — *Bordeaux*. Concours de l'externat des hôpitaux de Bordeaux.

20 OCTOBRE. — *Bordeaux*. Concours de l'internat des hôpitaux de Bordeaux.

21 OCTOBRE. — *Paris*. Congrès de la Société française de phoniatrie (Faculté de médecine de Paris).

21 OCTOBRE. — *Alger*. Dernier délai d'inscription pour le concours de chirurgien adjoint de l'hôpital de Bône.

22 OCTOBRE. — *Paris*. Préfecture de police. Concours de l'internat en médecine des asiles d'aliénés de la Seine, de l'infirmerie spéciale de la Préfecture de police et de l'hôpital Henri Rousselle.

23 OCTOBRE. — *Nancy*. Concours de l'externat des hôpitaux de Nancy.

23 OCTOBRE. — *Alger*. Dernier délai d'inscription pour le concours de chirurgien adjoint de l'hôpital de Philippeville.

24 OCTOBRE. — *Rouen*. Clôture du registre d'inscription pour le concours pour la nomination de deux chirurgiens adjoints des hôpitaux.

24 OCTOBRE. — *Paris*. Faculté de médecine. Clôture du registre pour les inscriptions du 1er et du 2e trimestre.

25 OCTOBRE. — *Lyon*. Dernier délai d'envoi des candidatures pour le prix Chauveau (œuvre de Solidarité médicale) (s'adresser au Secrétariat de la Faculté de médecine de Lyon).

26 OCTOBRE. — *Paris*. Faculté de pharmacie. Concours de professeur suppléant de chimie à l'Ecole de médecine de Rennes.

26 OCTOBRE. — *Nancy*. Faculté de médecine. Concours de professeur suppléant de clinique et de pathologie médicales à l'Ecole de médecine de Besançon.

26 OCTOBRE. — *Paris*. Faculté de médecine. Concours de professeur suppléant de physique médicale à l'Ecole de médecine de Tours.

26 OCTOBRE. — *Paris*. Concours de professeur suppléant de chimie à l'Ecole de médecine de Tours.

26 OCTOBRE. — *Paris*. Concours de professeur suppléant de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole de médecine de Tours.

26 OCTOBRE. — *Bordeaux*. Concours pour la nomination de deux accoucheurs de l'Assistance médicale gratuite. Bureau de Bienfaisance, 63, rue du Loup, à Bordeaux.

27 OCTOBRE. — *Rouen*. Clôture du registre d'inscription pour le concours pour quatre places d'internes titulaires et une place d'interne provisoire en médecine.

31 OCTOBRE. — *Paris*. Faculté de médecine. Clôture du registre pour la première inscription.

31 OCTOBRE. — *Paris*. Dernier délai d'envoi au ministère de la Santé publique (rue de Tilsitt) des demandes pour la fourniture de produits antisyphilitiques aux dispensaires dépendant du ministère de la Santé publique.

1er NOVEMBRE. — *Paris*. Ministère de la Guerre. Direction du Service de santé. 1er bureau (personnel). Dernier délai d'inscription pour le concours de médecin sous-lieutenant de l'armée active.

3 NOVEMBRE. — *Paris*. Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription des candidats au concours de l'externat des hôpitaux de Paris.

3 NOVEMBRE. — *Paris*. Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription des candidats au prix de l'internat (médaille d'or), médecine, chirurgie et accouchement.

3 NOVEMBRE. — *Alger*. Concours de médecin adjoint de l'hôpital de Souk Ahras.

4 NOVEMBRE. — *Paris*. Ecole du Val-de-Grâce. Concours de professeur agrégé de chimie appliquée à la biologie et aux expertises à l'Ecole du Val-de-Grâce.

8 NOVEMBRE. — *Strasbourg*. Clinique infantile. Réunion pédiatrique de l'Est.

9 NOVEMBRE. — *Marseille*. Faculté de médecine. Concours de chef de clinique médicale de la Faculté de médecine de Marseille.

10 NOVEMBRE. — *Alger*. Concours de pharmacien de l'hôpital d'Orléansville.

10 NOVEMBRE. — *Paris*. Faculté de médecine. Séance de la Société de sexologie.

12 NOVEMBRE. — *Rouen*. Concours pour Quatre places d'interne titulaire et une place d'interne provisoire en médecine.

12 NOVEMBRE. — *Alger*. Concours de médecin adjoint de l'hôpital de Churchill.

12 NOVEMBRE. — *Paris*. Ecole d'application du Val-de-Grâce. Concours de professeurs agrégés à l'Ecole du Val-de-Grâce (professeurs agrégés de médecine).

13 NOVEMBRE. — *Alger*. Dernier délai d'inscription pour le concours de deux médecins-adjoints à l'hôpital de Philippeville.

14 NOVEMBRE. — *Paris*. Assistance publique. Clôture du registre d'inscription des candidats au prix de l'internat (médaille d'or) médecine, chirurgie, accouchement.

16 NOVEMBRE. — *Alger*. Concours de chirurgien adjoint de l'hôpital de Mostaganem.

16 NOVEMBRE. — *Bordeaux*. Concours de chef de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Bordeaux.

16 NOVEMBRE. — *Paris*. Ecole du Val-de-Grâce. Concours de professeurs agrégés de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales.

19 NOVEMBRE. — *Rouen*. Concours pour la nomination de deux chirurgiens-adjoints des hôpitaux de Rouen.

23 NOVEMBRE. — *Paris*. Ecole du Val-de-Grâce. Concours de médecin sous-lieutenant de l'armée active.

25 NOVEMBRE. — *Alger*. Concours de pharmacien de l'hôpital de Miliana.

25 NOVEMBRE. — *Paris*. Assistance publique. Clôture du registre d'inscription des candidats au concours de l'externat des hôpitaux de Paris.

30 NOVEMBRE. — *Paris*. Clinique médicale propédeutique de l'hôpital Broussais-la Charité, 56, rue Didot. M. le professeur Emile SERGENT, Cours de perfectionnement sur les suppurations bronchiques, pulmonaires et pleurales.

30 NOVEMBRE. — *Alger*. Concours de médecin-adjoint de l'hôpital de Bône.

CHRONIQUE DES LIVRES

La syphilis gastrique, MM. LANDAU et HELD, 32 francs (*Doin et Cie, éditeurs*, 1936).

Les éminents médecins de Varsovie viennent de consacrer un volume de 185 pages à la question, toujours si controversée, de la syphilis gastrique. Le livre débute par les données statistiques : tandis que la plupart des anatomo-pathologistes considèrent la syphilis gastrique comme rare, les cliniciens, sans contrôle d'autopsie, tendent souvent à l'incriminer lorsque des troubles gastriques disparaissent après traitement spécifique : or nous savons de mieux en mieux combien souvent des lésions gastriques (des niches volumineuses notamment) disparaissent à la radiographie sous l'influence de n'importe quel traitement, et même, le plus souvent, sans traitement : l'argument thérapeutique est donc souvent fallacieux... Les preuves nécessaires peuvent découler de la présence d'autres lésions viscérales (gommes) manifestement syphilitiques ; quant à la présence du tréponème pâle, elle a été notée par Me Née, par Warthin : mais ces cas sont très contestés et, en fait, la présence du tréponème pâle n'a jamais été constatée de façon certaine. Le diagnostic de syphilis gastrique n'est donc hors de conteste qu'en cas de gomme : il est toujours douteux dans les infiltrations inflammatoires diffuses.

Les auteurs étudient d'abord la *fonction sécrétoire de la muqueuse gastrique au cours de l'infection syphilitique* : dans 30 p. 100 des cas, il y a acidité normale, dans 12 p. 100 hyper-acidité, dans 58 p. 100 hypo-acidité (dont 22 p. 100 d'anacidité complète).

Dans certains cas de syphilis nerveuse, il y a hypersécrétion gastrique malgré l'abolition complète de la sécrétion chlorhydrique et l'arrêt d'élimination du rouge neutre : le traitement antisyphilitique restitue parfois l'élimination du rouge neutre en premier lieu et la production d'HCl en second.

Dans la syphilis de l'estomac proprement dite, la déficience sécrétoire est la règle :

La *gastrite syphilitique* est, pour les auteurs, relativement fréquente. Une forme hémorragique, connue depuis Fournier et Dieulafoy, leur paraît indépendante de tout ulcère : ils en rapprochent les « crises noires » des tabétiques, avec hématémèses.

Dans d'autres cas, ils ont observé des symptômes d'atrophie totale de la muqueuse gastrique (anadénie), corrigée par le traitement.

L'*ulcération gastrique*, dans les rapports avec la syphilis, occupe le chapitre suivant : tantôt il n'y a que coïncidence ; tantôt l'ulcère se rattache *probablement* à la syphilis, étant amélioré par le traitement ; tantôt enfin il s'agit d'ulcère syphilitique proprement dit, avec des caractères distincts (forme conique, à sommet dirigé vers la lumière de l'estomac, de sorte que le fond de l'ulcération est plus large que le cratère d'entrée (en cas de rupture de gomme). Les parois et les bords ont des signes d'infiltration gommeuse diffuse. Il y a aussi des lésions d'endo et péri-artérite et de phlébite gommeuses : il n'y a pas de niches. Bref, l'ulcère syphilitique se rapproche, à la radiographie, du cancer ulcéré.

La *forme pseudo-néoplasique de la syphilis gastrique* est souvent l'objet d'erreurs de diagnostic, même au cours d'opérations chirurgicales : ici encore, l'effet du traitement spécifique est l'argument principal, ainsi qu'en font foi deux belles observations des auteurs, avec radiographie avant et après la cure antisyphilitique. Mais il ne faut pas oublier, non plus, que les néoplasmes malins naissent volontiers sur un terrain syphilitique (25 p. 100 d'après les auteurs ; 16 p. 100 d'après O. Leary, à la clinique Mayo).

La *linite plastique syphilitique* constitue, d'après Moore et Aurélius, 8 p. 100 de la syphilis gastrique. Landau en rapporte de beaux exemples personnels, avec contours moins irréguliers que dans la linite cancéreuse, et avec amélioration par le traitement spécifique. Mais ici encore, il peut y avoir, à la fois, syphilis et carcinome, ainsi qu'il en est relaté un cas typique.

Enfin les *lésions post-syphilitiques* (*rétrécissements et déformations médio-gastriques*) sont étudiées par la suite.

Vient alors l'étude des *syndromes gastriques dans la syphilis nerveuse*, celle des *crises gastriques du tabes* notamment (qu'il faut différencier des crises pseudo-tabétiques par ulcère gastrique), celle des *gastro-radiculites syphilitiques*.

Ce livre, avec les belles observations des auteurs, précise les questions en discussion : il montre que, si nombre de cas de syphilis gastrique ont été décrits sans preuve péremptoire, il en est d'autres, beaucoup plus rares, il est vrai, où la syphilis est certainement en cause, et d'autres encore où la syphilis coexiste avec diverses lésions gastriques (ulcère ou cancer) qu'elle semble favoriser plutôt qu'elle ne les crée.

P. C.

Le nourrisson, par GILBERTE BODSON DE MUYSER. 1 vol. in-16 jésus de 192 pages, 10 francs (*Eugène Figuière, à Paris*).

Ce petit manuel, écrit par une infirmière-visiteuse dans un grand centre industriel, destiné aux jeunes mamans, leur offre, sous une forme très simplifiée, et en écartant le plus possible les termes de médecine, une série de conseils de puériculture utiles en les illustrant de très nombreux croquis très personnels et qui aident à la compréhension du texte. C'est, comme le dit justement l'auteur, une « leçon de choses » faite aux jeunes mamans et qui peut rendre de très réels services en « pénétrant comme un ami là où sourit une maman et gazouille un nouveau-né ».

L. T.

CHRONIQUE DES LIVRES *(Suite)*

L'accoucheur moderne, par MARCEL METZGER. 1 vol. 70 francs (*Félix Alcan*).

Le succès prodigieux des précédents tirages de ce volume a incité l'auteur à faire paraître une deuxième édition qui soit au courant à la fois des dernières acquisitions de l'obstétrique et surtout d'une expérience toujours plus grande.

On ne saurait passer en revue tous les chapitres de cet ouvrage que l'auteur a baptisé « précis », mais qui ne mérite pas le sens péjoratif qui s'attache fréquemment à ce terme.

Loin d'être une sorte de résumé indigeste, uniquement destiné à passer avec succès un examen, on trouve ici mille fois plus de détails pratiques, de figures frappantes et lumineuses que dans des ouvrages beaucoup plus considérables.

La lecture en est attrayante et facile comme un enseignement oral et à la portée des moins initiés.

Pas un détail n'est passé sous silence, et ceci doit rendre les plus grands services au jeune médecin peu familiarisé encore avec les nécessités de la profession, en dehors des grands centres et du confort hospitalier.

Les moins jeunes d'ailleurs auront plaisir à trouver ici, avec la confirmation de leur expérience, l'initiation aux méthodes les plus récentes ou du moins à celles d'entre elles qui ont fait leurs preuves de manière formelle.

ÉT. BERNARD.

Les petites règles de la chirurgie parfaite, par Y. OKINCZYC. 1 vol. 12 francs (*Masson et Cie*).

Faire profiter les opérateurs peu entraînés ou pas assez modernes d'une longue expérience et d'une discipline constamment tenue en éveil ; tel a été, croyons-nous, le but de l'auteur. A une époque où l'égoïsme s'étale parfois avec insolence, on ne saurait trop rendre gré à ceux qui se dépensent encore pour donner à autrui le meilleur d'eux-mêmes, qui chérissent véritablement leurs élèves pour eux-mêmes et non pour les services qu'ils pourront vous rendre, et qui méritent entièrement le nom un peu familier mais très aimable de « patrons ».

Okinczyc condense ici un enseignement qui n'avait jamais été donné qu'oralement et qu'incomplètement et qu'aucun maître n'avait jamais eu le courage d'écrire. Cette ordonnance parfaite de l'acte opératoire sera souvent pour une énorme part dans le succès, et l'empreinte donnée aux jeunes les suivra utilement dans toute leur carrière. Les moins jeunes toutefois consulteront avec plaisir cet ouvrage si limpide et si agréable à lire et y trouveront matière à un excellent enseignement, voire même au rappel de certaines disciplines parfois un peu négligées.

ÉT. BERNARD.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

CYNARA (ARTICHAUT) ET OLIGURIE (1)

Dans le groupe dense des indications de la cynarathérapie, l'oligurie se place au premier plan.

Les premières explorations biologiques dans le but de préciser les propriétés du chophytol montrèrent, aussi bien chez l'animal que chez l'homme sain ou malade, sa remarquable action sur la diurèse.

Action constante, rapide et nette.

Toutes les oliguries sont justiciables du *chophytol* et du cynurol.

MONVILLE dans sa belle thèse (Paris, 1933) cite une foule d'observations où chez les hépatiques de tout rang (alcooliques, cirrhotiques, coloniaux, etc.) la crise polyurique a été le premier signe annonciateur de l'amélioration fonctionnelle du foie.

Plus récemment, utilisant le principe actif cristallisé isolé du *Cynara* par G. Edgard-Rosa, MM. Léon Tixier et Eck ont montré la réalité d'une diurèse chophytolique liée à la seule action du médicament sur l'épithélium rénal.

Transportant ces acquisitions faites à l'aide d'exploration sur l'animal, dans le domaine clinique, ils ont obtenu des débâcles polyuriques étonnantes dans des anuries aigues et infectieuses de l'enfant, dans des néphrites œdémateuses oliguriques. Dans son bel article du numéro de mai de la *Revue médicale française*, consacré à l'heureuse influence de la cynarathérapie sur les fonctions hépato-rénales, Léon Tixier souligne cette importante notion et pense que la cynarathérapie doit à l'avenir éviter dans les anuries tenaces l'opération de la décapsulation rénale.

Aux oliguries d'origine franchement hépatique et rénale ne se bornent pas les indications du chophytol et du cynurol ; la raréfaction des urines au cours des états infectieux (pneumonie, grippe, etc.), de l'asystolie relèvent aussi de ces remarquables diurétiques au maniement facile et à l'innocuité absolue.

(1) *Chophytol-Rosa:* ampoules, dragées, gouttes.
Cynurol-Rosa: dragées.



INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DEMANDES D'AUTORISATION DE FABRICATION OU DE VENTE DE SÉRUMS

(*Décret du 26 août 1936*). — *Demandes d'autorisation de fabrication ou de vente et délivrance de l'autorisation.* — ARTICLE PREMIER. — Toute demande, ayant pour objet d'obtenir par application de la loi du 14 juin 1934 sur les sérums thérapeutiques et divers produits d'origine organique, l'autorisation de fabriquer ou d'importer en vue du débit à titre gratuit ou onéreux, l'une de ces substances, doit être adressée au ministre de la Santé publique.

Un arrêté du ministre de la Santé publique déterminera:

1° La forme de la demande ainsi que les renseignements d'ordre technique que devra fournir son auteur ;

2° Les conditions dans lesquelles l'intéressé devra acquitter les frais relatifs à la délivrance de l'autorisation ainsi que les frais d'enquête ;

3° Les conditions spéciales imposées pour la délivrance de l'autorisation d'importation de produits visés par la loi du 14 juin 1934 et destinés au débit.

ART. 2. — Toute demande d'autorisation fait l'objet d'une enquête préalable à laquelle il est procédé par la commission des sérums constituée par le décret du 28 novembre 1934.

Cette enquête porte sur l'origine des produits ainsi que sur leur provenance, leur appellation, leur fabrication, les moyens de leur identification et de leur teneur en substances utiles.

ART. 3. — Il est statué sur les demandes d'autorisation par décret rendu sur la proposition du ministre de la Santé publique, après avis de l'Académie de médecine et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

L'autorisation, toujours révocable sans indemnité, est donnée pour cinq ans au maximum. Une demande de renouvellement peut être introduite dans les trois premiers mois de la dernière année, elle est instruite dans les mêmes formes que la demande initiale.

Toute modification apportée aux conditions auxquelles a été subordonnée l'autorisation initiale doit faire l'objet d'une demande spéciale d'autorisation.

ART. 4. — Un arrêté du ministre de la Santé publique, rendu après avis de la commission des sérums, déterminera les indications que devront porter, à l'exclusion de toutes autres, les récipients et leurs enveloppes extérieures.

ART. 5. — Tout fabricant ou importateur doit tenir, pour tout produit dont la fabrication ou l'importation a été autorisée, un registre spécial coté sur lequel chaque lot provenant d'une même série d'opérations de fabrication est désigné par un numéro d'ordre.

Ce registre, qui est conservé pendant au moins cinq ans, doit obligatoirement mentionner pour chaque lot numéroté :

Les délais de sa préparation ;

Les essais de qualité effectués ;

La date du dernier essai ;

Le nombre des récipients dans lesquels sa répartition a été effectuée et, au fur et à mesure du débit, les noms et adresses des destinataires.

Utilisation pour essais thérapeutiques de produits préparés à l'étranger ou fabriqués en France et non encore autorisés. — ART. 6. — Toute importation pour essais thérapeutiques de produits visés par la loi du 14 juin 1934, préparés à l'étranger et non encore autorisés en France, est subordonnée à l'autorisation du ministre de la Santé publique. La demande d'autorisation d'importation ne peut être faite que par un médecin.

ART. 7. — Un arrêté du ministre de la santé publique, pris après avis de la commission des sérums, déterminera les conditions dans lesquelles tout médecin, procédant à des essais thérapeutiques à l'aide de produits visés par la loi du 14 juin 1934, importés ou fabriqués en France et non encore autorisés, devra informer le ministre de la Santé publique du résultat de ses essais.

Recherche et constatation des fraudes sur les sérums et produits d'origine organique. — ART. 8. — Les infractions à la loi du 1er août 1905, en ce qui concerne les sérums thérapeutiques et produits d'origine organique visés par la loi du 14 juin 1934, sont recherchées et constatées conformément aux dispositions du présent décret.

Ces dispositions ne font pas obstacle à ce que la preuve desdites infractions puisse être établie par toutes voies de droit commun.

ART. 9. — Les inspecteurs et inspecteurs adjoints qualifiés aux termes du décret du 5 août 1908 pour assurer l'application des lois et règlements sur l'exercice de la pharmacie, le commerce des substances vénéneuses et sur la répression des fraudes en matière médicamenteuse, les inspecteurs de la répression des fraudes, les membres et les membres adjoints de la commission des sérums, les directeurs des services vétérinaires départementaux, les inspecteurs des abattoirs, les inspecteurs départementaux d'hygiène peuvent, concurremment avec tous officiers de police judiciaire, procéder aux recherches, opérer d'office des prélèvements d'échantillons et, s'il y a lieu, effectuer des saisies dans les établissements hospitaliers, les maisons de santé, les pharmacies, les dépôts de médicaments tenus par les médecins, et, en général, dans tous les lieux où sont préparés, entreposés, en vue de la livraison, débités et mis en vente, des sérums et produits d'origine organique. Ces prélèvements peuvent être effectués notamment dans les laboratoires et leurs dépendances, magasins, boutiques, ateliers, voitures servant au commerce, lieux de fabrication, contenant des produits destinés à la vente ou à la livraison, ainsi que dans les entrepôts, dans les gares, ports de dépôt et d'arrivée et dans les abattoirs où sont prélevés les organes servant à la préparation des produits d'origine organique.

ART. 10. — Dans les locaux particuliers, tels que lieux de fabrication appartenant ou occupés par des personnes non patentées, ils ne peuvent pénétrer et procéder auxdites opérations contre la volonté de ces personnes ou exploitants qu'en vertu d'une ordonnance du juge de paix du canton. Le consentement doit être constaté dans le procès-verbal. Les prélèvements et les saisies ne peuvent être opérés dans les locaux que sur des produits destinés à la vente ou à la livraison.

ART. 11. — Les administrations publiques sont tenues

de fournir aux agents ci-dessus désignés tous les éléments d'information nécessaires à l'exécution des lois visées au présent décret.

Les entrepreneurs de transports sont tenus de se soumettre aux réquisitions pour prises d'échantillons et de présenter les titres de mouvements, lettres de voiture, récépissés, connaissements et déclarations dont ils sont détenteurs.

ART. 12. — Les saisies ne peuvent être faites, en dehors d'une ordonnance du juge d'instruction, que dans les cas de flagrants délits, de falsification ou dans le cas où les produits sont reconnus corrompus. Dans ce dernier cas, la saisie est obligatoire.

ART. 13. — Les agents désignés à l'article 9, témoins d'un flagrant délit ou de la mise en vente de produits corrompus, sont tenus d'en faire la constatation immédiate. Un procès-verbal est dressé à cet effet ; son auteur y contresigne, avec les mentions prévues à l'article 11 du décret du 22 janvier 1919, toutes les circonstances de nature à établir devant l'autorité judiciaire la valeur des constatations faites.

Ce procès-verbal est envoyé dans les vingt-quatre heures au procureur de la République, et copie en est transmise au préfet ainsi qu'au président de la commission des sérums.

ART. 14. — Les produits saisis sont placés sous scellés et envoyés au procureur de la République, en même temps que le procès-verbal. Si leur envoi immédiat est impossible, ils sont placés dans un lieu choisi par l'auteur du procès-verbal. S'il s'agit de produits reconnus corrompus, l'auteur du procès-verbal peut procéder à leur destruction, à leur stérilisation ou à leur dénaturation. Les opérations sont relatées et justifiées dans le procès-verbal.

ART. 15. — Sauf les exceptions prévues aux articles 16, 17, 18 ci-après, les formalités prescrites par les articles 10, 11, 12 (§ 1er), 13, 14, 15 et 16 du décret du 22 janvier 1919 pour les prélèvements d'échantillons, la rédaction des procès-verbaux, l'apposition des scellés, la délivrance des récépissés, l'avis des échantillons et des procès-verbaux sont applicables aux opérations effectuées par les agents désignés à l'article 9, en ce qui concerne les produits visés par la loi du 22 juin 1934. Toutefois, le talon de l'étiquette à apposer sur les échantillons prélevés portera, outre les indications énumérées par l'article 13 (1°) du décret du 22 janvier 1919, les indications suivantes : utilisation du produit, profession du vendeur ou détenteur.

ART. 16. — Lorsqu'en raison de la qualité ou de la quantité d'un produit ou d'une préparation, la division en quatre échantillons est impossible, l'agent qui effectue le prélèvement place sous scellés, en un échantillon unique, le récipient contenant le sérum ou le produit organique.

Il transmet ce scellé dans les vingt-quatre heures avec son procès-verbal et toutes pièces utiles au procureur de la République. Copie du procès-verbal est adressée au préfet ainsi qu'au président de la commission des sérums.

ART. 17. — Lorsque l'un des agents désignés à l'article 23, usant de la faculté que prévoit l'article 4 du décret du 5 août 1908, a requis un officier de police judiciaire d'effectuer un prélèvement d'un produit ou d'une préparation, le produit prélevé est placé sous scellé en un échantillon unique. Ce scellé, ainsi que le procès-verbal, sont adressés dans les vingt-quatre heures par l'agent verbalisateur, à l'agent qui a signé la réquisition.

ART. 18. — Si le produit sous scellé peut être divisé en quatre échantillons, le signataire de la réquisition procède à cette opération en présence du vendeur ou du détenteur ou lui dûment appelé ou représenté et scelle ces quatre échantillons. Il en laisse un au vendeur ou détenteur du produit et transmet les trois autres au préfet en se conformant aux articles 15 et 16 du décret du 22 janvier 1919. Si le produit n'est pas divisible en quatre échantillons, il transmet le scellé primitif au procureur de la République comme il est prescrit à l'article 16 ci-dessus.

ART. 19. — L'analyse des échantillons prélevés est confiée au laboratoire de contrôle du ministère de la Santé publique et de l'Académie de médecine. Ces analyses sont à la fois d'ordre qualitatif et d'ordre quantitatif ; l'examen comprend les recherches organoleptiques, physiques, chimiques, micrographiques, physiologiques et autres, susceptibles de fournir les indications sur la pureté des produits, leur identité et leur composition.

ART. 20 — Si le rapport établi par le laboratoire ne conclut pas à une présomption d'infraction, le ministre en avise sans délai l'intéressé.

Dans ce cas, si le remboursement des échantillons est demandé, il s'effectue, d'après leur valeur réelle au jour du prélèvement, aux frais de l'État, au moyen d'un mandat délivré par le préfet sur présentation du récépissé prévu à l'article 14 du décret du 22 janvier 1919.

ART 21. — Dans le cas où le rapport conclut à une présomption d'infraction, le ministre transmet ce rapport au procureur de la République par l'intermédiaire du préfet ; celui-ci y joint le procès-verbal et les échantillons réservés.

ART. 22. — Tous les ans, le président de la commission des sérums adresse au ministre de la Santé publique un rapport sur le nombre des échantillons analysés et le résultat des analyses.

ART. 23. — Le procureur de la République, s'il estime, à la suite du procès-verbal ou du rapport de laboratoire et au besoin après enquête préalable, qu'une poursuite doit être engagée ou une information ouverte, saisit suivant le cas le tribunal ou le juge d'instruction.

En tous les cas, et dans un délai d'un mois à compter de la réception du procès-verbal, le procureur avise le président de la commission des sérums de la suite donnée audit procès-verbal.

S'il y a lieu à expertise, il est procédé conformément aux règles ci-après.

ART. 24. — Dans le cas où la présomption d'infraction résulte de l'analyse faite au laboratoire, l'auteur présumé de la fraude ou de la falsification est avisé par le procureur de la République qu'il peut prendre communication du rapport du laboratoire, et qu'un délai de trois jours francs lui est imparti pour présenter ses observations et pour faire connaître s'il réclame l'expertise contradictoire prévue à l'article 12 de la loi du 1er août 1905.

ART. 25. — Lorsque l'expertise a été réclamée, il est désigné deux experts, l'un par le juge d'instruction,

---

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

autre par l'intéressé. Un délai est imparti à cet effet par le magistrat instructeur à ce dernier qui a, toutefois, le droit de renoncer explicitement à cette désignation, et de s'en rapporter aux conclusions de l'expert désigné par le juge.

Si l'intéressé, sans avoir renoncé à son droit, n'a pas désigné son expert dans le délai qui lui a été imparti, cet expert est nommé d'office par le juge d'instruction.

Les experts sont choisis sur des listes spéciales de chimistes biologiques, dressées dans chaque ressort par les cours d'appel ou les tribunaux civils.

L'intéressé a le droit de choisir son expert en dehors des listes officielles, mais s'il use de cette faculté, son choix est subordonné à l'agrément du juge d'instruction.

Tout expert doit être pourvu d'un des diplômes suivants :

Docteur en médecine ;

Docteur en pharmacie ou pharmacien ;

Docteur vétérinaire ou vétérinaire ;

Certificat de chimie biologique, s'il est, en outre, titulaire d'un diplôme d'études supérieures ou du doctorat ès sciences.

L'ordonnance du juge d'instruction définit la mission donnée aux experts.

Art. 26. — Après vérification de l'intégrité des scellés, les deux experts sont mis en possession tant de l'échantillon précédemment remis à l'intéressé que de l'un des deux autres échantillons.

Le juge d'instruction donne communication aux experts des procès-verbaux de prélèvement ainsi que du rapport du laboratoire, des ordonnances médicales, des factures, des lettres de voiture, pièces de régie et, d'une façon générale, de tous les documents que la personne en cause a jugé utile de produire ou que le juge s'est fait remettre.

Il les commet, en outre, à l'expertise de tous les échantillons de comparaison qui ont pu être relevés administrativement, ou qui pourront être prélevés par la suite sur son ordre.

Ils doivent discuter en commun leurs conclusions et dresser un seul rapport. S'ils sont d'avis différents, ou s'ils ont des réserves à formuler, sur des conclusions communes, chacun d'eux indique son opinion ou ses réserves et les motifs à l'appui. Ce rapport est déposé dans le délai fixé par le juge.

Art. 27. — Si l'intéressé ne représente pas son échantillon intact, dans le délai fixé par le juge d'instruction, il ne doit plus être fait, à aucun moment, état de cet échantillon.

Les deux experts sont, dans ce cas, commis à l'examen d'un échantillon unique, le quatrième échantillon étant réservé pour arbitrage éventuel prévu à l'article suivant.

Lorsque, au cours ou à la suite de leurs recherches, les experts sont conduits à présumer qu'une substitution d'échantillons a été opérée, ils sont tenus d'en informer aussitôt le juge d'instruction et de tenir à sa disposition toutes pièces à conviction susceptibles de révéler la substitution.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

ART. 28. — Si les experts sont en désaccord, un tiers expert est désigné par le président du tribunal civil. Le tiers expert peut être choisi en dehors des listes officielles.

ART. 29. — Dans le cas prévu à l'article 16 ci-dessus, le procureur de la République notifie à l'intéressé que l'échantillon unique va être soumis à l'expertise et l'informe qu'il a trois jours francs pour faire connaître s'il entend user du droit de désigner un expert.

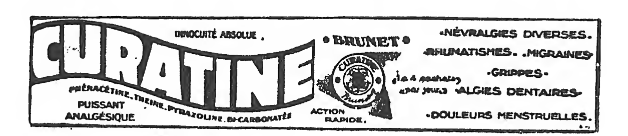
Si le droit est réclamé, il est procédé, dans le délai fixé par le juge d'instruction, à la nomination simultanée tant des deux experts prévus à l'article 25 que du tiers prévu à l'article 28. Les trois experts procèdent ensemble à l'examen de l'échantillon unique.

Toutefois, il n'est nommé qu'un seul expert si l'intéressé a déclaré, avant l'expiration du délai prévu au paragraphe précédent, s'en rapporter aux conclusions de l'expert désigné par le juge.

ART. 30. — Lorsque l'expertise est ordonnée par le tribunal, il y est procédé conformément aux règles du présent titre.

ART. 31. — En cas de non-lieu ou d'acquittement, le remboursement de la valeur des échantillons s'effectue dans les conditions prévues à l'article 20 ci-dessus, sauf quand l'existence d'une infraction est constatée par l'ordonnance de non-lieu ou par le jugement d'acquittement.

Dispositions spéciales à certains produits. — ART. 32. — Un arrêté ministériel, pris après avis de la commission des sérums, déterminera les conditions particulières auxquelles devront répondre au point de vue de leur origine, de leur provenance, de leur appellation, de leur fabrication, des moyens de leur identification et de leur teneur en substances utiles, les sérums, les vaccins, auto-vaccins, toxines, venins, produits biologiques, substances injectables d'origine organique, non définies chimiquement, faisant l'objet d'une demande d'autorisation de fabrication ou d'importation.



SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 octobre 1936.

M. le PRÉSIDENT fait part du décès de M. L.-M. Félix Hendrickx (de Bruxelles), membre correspondant étranger.

Recrutement des sages-femmes. — L'Académie adopte sans discussion les conclusions d'un rapport présenté par M. COUVELAIRE.

« 1° Le décret de 1917, qui prévoit la suppression des maternités-écoles de sages-femmes ne justifiant pas d'une activité suffisante et d'une organisation convenable de l'enseignement, devra être appliqué ;

« 2° Les maternités-écoles de sages-femmes seront dotées d'un statut commun ;

« 3° Les titres initiaux exigés pour l'entrée dans les maternités-écoles des candidates au diplôme de sages-femmes seront :

a. Comme titre universitaire minimum, le brevet élémentaire ; *b.* un diplôme d'infirmière d'Etat, la mention hospitalière étant nécessaire et suffisante ;

« 4° Au cours de la scolarité dans les écoles de sages-femmes, un enseignement théorique et pratique de la Protection maternelle et infantile devra être réalisé dans les mêmes conditions que dans les écoles d'infirmières préparant un diplôme d'infirmière-visiteuse de l'Enfance. »

La lutte contre la contamination intérieure dans les hôpitaux d'enfants. — M. ROBERT DEBRÉ. — Autrefois parents et médecins redoutaient l'entrée d'un enfant à l'hôpital, craignant à juste titre que l'enfant n'y contracte une maladie infectieuse, dont les effets nocifs viendraient s'ajouter à la maladie même pour laquelle il est hospitalisé. Grâce aux immenses progrès réalisés dans l'aménagement et la discipline des hôpitaux d'enfants, cette terreur a presque disparu.

Et cependant le problème des contaminations hospitalières est bien loin d'être résolu et la quiétude parfaite à cet égard n'est pas justifiée. C'est qu'en effet, malgré l'efficacité remarquable des mesures matérielles, malgré l'éducation hygiénique et la haute conscience du personnel infirmier et médical, la contagion pénètre dans nos services d'enfants et s'y propage, et on doit ajouter qu'il ne peut en être autrement. L'isolement individuel est souvent interrompu par la complexité des techniques de diagnostics et de traitements exigeant que l'enfant hospitalisé quitte son boxe en dehors duquel il rencontre de multiples occasions de contamination.

D'autre part, le personnel médical et infirmier, les étudiants en médecine, les visites font également pénétrer dans les services des germes de contagion.

Enfin, il est impossible d'empêcher l'entrée d'une maladie contagieuse dans les services de médecine et chirurgie d'enfants incubant une maladie, même contractée au moment de l'admission, à la porte de l'hôpital.

Il est difficile d'exprimer par des chiffres la fréquence des contagions hospitalières. Pour donner une idée de la pénétration de sujets contaminateurs, nous rapporterons les chiffres suivants :

A l'hôpital Hérold, en quinze mois (du 15 mars 1935 au 15 juin 1936), sont entrés en médecine :

Rougeole	54
Coqueluche	18
Scarlatine	17
Oreillons	5

Par ces chiffres, on peut apprécier le péril que court l'enfant hospitalisé, si la propagation de la maladie contagieuse n'est pas arrêtée.

Notre devoir est d'empêcher pour nos petits hospitalisés, la complication grave que constitue une maladie supplémentaire, sans compter les troubles de fonctionnement du service par des épidémies hospitalières, même discrètes, qui obligent fréquemment à fermer le pavillon ou la salle où une maladie contagieuse a pénétré et exercé ses ravages.

Pour lutter contre la contagion hospitalière, si les moyens matériels ne suffisent pas, on obtient un succès éclatant en y joignant les efforts d'un assistant spécialisé. Sa mission est la suivante :

I. — Dépister et repérer tous les cas de contagion même au cours du séjour éphémère d'un enfant contagieux dans le service, qui peut être pour les enfants hospitalisés gros de conséquences fâcheuses. Tenant soigneusement registre des enfants contagieux et suspectés, sachant parfaitement chaque entrant, l'assistant spécialisé épie l'éclosion des maladies contagieuses.

II. — Il établit par la réaction de Dick la réceptivité vis-à-vis de la scarlatine ; en recherchant le streptocoque hémolytique dans la gorge suspecte, il aide au dépistage des cas frustes de scarlatine et des porteurs de germes capables de disséminer cette maladie. Grâce à l'identification du bacille diphtérique isolé de la gorge des sujets considérés comme porteurs de germes non pathogènes, on rend à la liberté des enfants voués à d'interminables séjours hospitaliers.

III. — Le second devoir imposé à cet assistant est l'immunisation des sujets réceptifs et exposés à la contagion, surtout par injection de sérum de convalescents. L'assistant, dont c'est la tâche, parvient à alterner les doses suffisantes de ce sérum, ou éventuellement de sérum d'anciens rougeoleux, anciens coquelucheux, convalescents d'oreillons et convalescents de scarlatine.

IV. — Les enfants contagieux viennent de foyers externes et lorsqu'ils sortent de l'hôpital en période d'incubation, ils vont déterminer de nouveaux foyers. L'assistant spécialisé doit donc avertir l'œuvre, école ou collectivité d'enfants, et les parents, de l'éclosion possible de telle ou telle maladie contagieuse contractée à l'hôpital, ou les prévenir de l'existence chez eux d'un foyer contagieux.

L'efficacité de ce service est indéniable.

De même que le service social à l'hôpital est devenu un rouage indispensable dans nos services, de même, croyons-nous, un service spécial de lutte contre la contagion hospitalière doit être créé dans tous les hôpitaux d'enfants.

Cette communication est renvoyée à une commission composée de MM. Nobécourt, Renault, Lesage, Lesné, Mourier, Lereboullet, Ombrédanne, Debré, Lemierre.

L'immunité antitétanique et l'immunité antitypho-paratyphoïdique chez l'adulte soumis à la vaccination associée triple antitypho-paratyphoïdique, antidiphtérique et antitétanique. — MM. E. SACQUÉPÉE, M. PILOD et A. JUDE. — Le degré de l'immunisation antitétanique a été apprécié par des titrages de sérum sanguin à diverses

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

époques après vaccination : huit jours, un mois, dix mois, environ un an.

Pendant ce laps de temps, presque tous les sérums renferment au moins 1/300e d'unité antitoxique ; la plupart en sont d'ailleurs beaucoup plus riches, 91,48 à 97,94 p. 100 d'entre eux (suivant la date de prélèvement) en renferment au moins un tiers d'unité et habituellement beaucoup plus.

Cette immunisation se montre persistante ; elle se manifeste encore après environ un an.

Nous ne possédons en matière de tétanos aucun indice qui permette de préciser à partir de quel taux d'antitoxine l'immunité peut être considérée comme établie. Mais les faits acquis chez le cheval, animal au moins aussi sensible que l'homme et comme tel plus difficile à protéger, permettent de penser que vraisemblablement le taux de 1/300e et surtout de 1/100e d'unité doit être suffisant ; s'il en est ainsi, la presque totalité des vaccinés serait protégée. Ceci n'est qu'une probabilité : seule, l'expérience clinique permettra de conclure.

Les réactions observées sont analogues à celles qui peuvent suivre la vaccination TAB seule ou associée avec l'anatoxine diphtérique ; elles sont cependant parfois un peu moins éphémères.

Le kala-azar autochtone de l'adulte. — M. D'ŒLSNITZ (de Nice). — Beaucoup moins fréquent que celui de l'enfant, le kala-azar autochtone de l'adulte a une incubation parfois très longue et présente, au cours de son évolution, des atténuations, des rémissions spontanées, parfois même une tendance à la chronicité.

La courbe fébrile présente parfois plusieurs paroxysmes quotidiens ; l'accès le plus intense, généralement vespéral, est habituellement suivi de sueurs abondantes.

La splénomégalie, modérée au début, devient importante dans les cas anciens, en même temps que s'accentue la consistance de la rate.

L'augmentation de volume du foie est inconstante, mais toujours et même en l'absence d'hépatomégalie, existe un syndrome d'insuffisance hépatique plus ou moins apparent.

L'anémie globulaire subit des variations spontanées.

Chez la femme jeune, peuvent apparaître des troubles restrictifs de la menstruation allant jusqu'à l'aménorrhée.

Les téguments sont pâles, mais d'une pâleur modifiée en certaines régions électives (face, seins, zones périgénitales), par l'association d'une pigmentation irrégulière variant en intensité d'un aspect sale, à peine perceptible, à une couleur chamois plus ou moins intense.

Parmi les modes d'identification biologique de la maladie, l'auteur donne aujourd'hui la préférence à la photométrie de floculation du sérum sanguin au contact d'une solution d'un sel d'antimoine, signe de présomption, et à la recherche directe des parasites dans la moelle osseuse obtenue par ponction sternale, cette intervention excluant les risques rares, mais certains, de la ponction splénique.

Le traitement spécifique de la maladie est réalisé par les injections intraveineuses de sels d'antimoine, de préférence organiques et de la moindre toxicité possible. L'auteur préconise, sous surveillance attentive des réactions, l'application d'un traitement d'attaque intense et prolongé jusqu'aux limites de la tolérance.

Fréquence et topographie des différentes formes de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant. — M. Paul ARMAND-DELILLE, avec la collaboration de MM. LESTOCQUOY, V. BAYLE et Mme LEBRETON, présente une étude portant sur 1 000 cas de tuberculose pulmonaire de l'enfant étudiés depuis dix ans dans son service d'hôpital.

Ce nombre important a permis d'établir une statistique précise, qui montre qu'au point de vue de la fréquence, les maxima sont à la deuxième année et de la douzième à la quinzième année. Les quatre premières années ne présentent que des formes de primo-infection avec une forte proportion de généralisations miliaires, tandis qu'au moment de la puberté, on observe presque exclusivement des formes de réinfection avec très peu de généralisations miliaires.

En ce qui concerne la topographie, la tuberculose de primo-infection atteint avec prédilection le sommet (131 cas sur 270 et seulement 65 localisations à la base). Chez le grand enfant, 70 p. 100 des formes de réinfection débutent aux sommets et seulement 15 p. 100 à la base des poumons.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 9 octobre 1936.

Le pronostic lointain des cirrhoses du foie. Etude comparative des polypeptides, des sels biliaires et du cholestérol du sang d'après une statistique de 300 observations. — MM. ÉTIENNE CHABROL et JEAN SALLET constatent avec Noel Fiessinger que, si le pronostic immédiat des cirrhoses peut tirer un enseignement des brusques ascensions des polypeptides du sang, leur pronostic lointain n'est guère éclairé par l'épreuve de Goiffon et Spacy pas plus que par les variations de l'indice de clivage.

Pour remédier aux incertitudes qui ressortent de l'étude des polypeptides, ils proposent de faire entrer en ligne de compte, dans les dosages biologiques, les oscillations du cholestérol et de l'acide cholalique du sang, ce dernier mesuré par la réaction phospho-vanillique d'Etienne Chabrol, R. Charonnat et J. Cottet.

Voici leurs conclusions :

1° Le *pronostic lointain* d'une cirrhose est dans la grande majorité des cas favorable, lorsque le taux du cholestérol sanguin s'élève à 2 grammes p. 1 000, que le chiffre des sels biliaires est appréciable, que celui de la tyrosine est bas.

2° Il s'annonce fâcheux, au contraire, lorsque le taux du cholestérol tombe au-dessous de 1gr,20 et que les sels biliaires font défaut. La faible valeur de la tyrosine n'apporte aucun correctif à cet arrêt de mauvais augure ;

3° Le *pronostic* immédiat des cirrhoses est toujours sévère, lorsque le fort abaissement du cholestérol et la disparition des sels biliaires du sang coïncident avec une brusque ascension des polypeptides.

M. FIESSINGER souligne la difficulté d'un critère de l'insuffisance hépatique et montre combien est différente l'insuffisance hépatique des cirrhoses de celle de l'ictère grave. Le dosage colorimétrique des polypeptides est sujet à erreurs et n'a de valeur qu'en cas de grosses différences. L'hypocholestérinémie traduit un fléchissement de l'état général. Le rose bengale explore parenchyme et charpente hépatique ; la galactosurie, le parenchyme seul.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Dans la cirrhose, il y a une maladie continue : la sclérose ou mésenchymatite que traduit une augmentation progressive du rose bengale ; il s'ajoute des poussées d'atteinte parenchymateuses que traduisent des ondulations du galactose. Le pronostic se fonde essentiellement sur les symptômes cliniques, le laboratoire faisant seulement comprendre les ondes évolutives.

M. CHABROL est d'accord avec M. Fiessinger sur l'insuffisance de la méthode colorimétrique et le fait qu'hypocholestérinémie n'est pas synonyme d'insuffisance hépatique.

Séance du 16 octobre 1936.

Un cas de syndrome de Cushing avec symptomatologie fruste et vérification anatomique. — M. H. METZGER, Mlle G. HOERNER et M. CH. MAURER rapportent l'observation d'une jeune fille de trente-sept ans chez laquelle une augmentation rapide et importante du poids avait coïncidé avec l'apparition d'un trouble marqué des règles.

L'examen clinique décela, en dehors d'une obésité marquée, une légère hypertension artérielle. La coïncidence de ces signes chez une femme jeune orienta les auteurs vers le diagnostic d'adénome basophile de l'hypophyse.

Parmi les nombreuses recherches de laboratoire entreprises, ce ne fut que l'atrophie de la lame quadrilatère et des apophyses clinoïdes postérieures ainsi que la diminution des principes thyréo et gonadotropes dans les urines qui étaient en faveur d'une atteinte hypophysaire.

La jeune fille étant morte brusquement par embolie pulmonaire post-phlébitique, l'autopsie montra l'existence d'une tumeur hypophysaire volumineuse constituée par des cellules basophiles, associée à une prolifération diffuse des cellules basophiles dans le lobe glandulaire.

Après avoir rappelé les observations similaires de Cushing et celles parues en langue française, les auteurs insistent sur la disproportion entre la symptomatologie clinique extrêmement fruste et l'importance des modifications anatomiques dans leur cas.

Staphylococcémie grave, traitée et guérie par l'anatoxine. — MM. PH. PAGNIEZ, A. PLICHET et CH. RENDU rapportent le cas d'une staphylococcémie, extrêmement grave, ayant débuté par un abcès pulmonaire et s'étant manifestée par des suppurations multiples : phlébite, abcès cutanés et profonds, hydrosadénite.

Chez ce malade dont le pronostic, à plusieurs reprises, semblait fatal, seul, le traitement par l'anatoxine antistaphylococcique, sans l'adjonction d'une autre médication, amena la guérison. A la quatrième injection, le staphylocoque disparaissait de la circulation sanguine et les manifestations staphylococciques ne se comportaient plus que comme des suppurations banales. La continuation du traitement permit d'obtenir la guérison, mais la onzième injection fut suivie d'un choc violent avec crises épileptiformes, incident qui n'eut d'ailleurs aucune suite,

Diabète bronzé et insuffisance surrénale. — MM. LABBÉ, BOULIN et ULLMANN rappellent l'existence possible dans le diabète bronzé de lésions tuberculeuses ou scléro-sidérosiques des glandes surrénales. Ils rapportent l'observation d'un malade atteint de diabète bronzé chez qui une asthénie extrême, une hypotension accusée, jointes à des signes biologiques (ergogramme, modifications du chlore, du sodium, du potassium, du glutathion du sang) permirent de poser le diagnostic d'insuffisance surrénale associée. Ils insistent : 1° sur les difficultés de diagnostic que cette association risque de créer ; 2° sur l'intérêt de voir coïncider un diabète avec des signes d'insuffisance surrénale ; 3° sur l'affinité du processus scléro-sidérosique à l'égard des glandes endocrines.

M. DE MASSARY rappelle que dans la maladie d'Addison, la pigmentation intéresse le derme alors que dans le diabète bronzé, elle atteint les glandes sudoripares.

A propos des variations cutanées à la tuberculine chez les spécifiques secondaires. — MM. CH. FLANDIN, G. POUMEAU-DELILLE et J. LE MELLETIER rapportent les résultats de cuti et intradermo-réaction à la tuberculine répétées chez des spécifiques secondaires.

Ces explorations mettent en évidence, dans 54 p. 100 des cas environ, une phase d'anergie temporaire au cours de la syphilis secondaire.

Cette phase d'anergie s'observe surtout chez les malades porteurs d'accidents cutanés ; sa date d'apparition est impossible à prévoir ; son évolution est de courte durée, souvent quelques jours. La durée de cette phase d'anergie est d'ailleurs considérablement raccourcie par la mise en œuvre du traitement spécifique.

M. PARAF souligne les rapports qui existent entre l'intensité de l'éruption et la négativité de la cuti-réaction.

M. MARQUÉZY montre la constance de la négativité de la cuti-réaction au cours de la rougeole, quelle que soit l'intensité de l'éruption. Cette anergiene dure que pendant la phase éruptive.

La radiothérapie thyroïdienne dans l'asystolie irréductible. — MM. JEAN PARAF, L. GALLY et E. ORINSTEIN présentent l'observation d'une femme de soixante-trois ans atteinte d'asystolie irréductible que n'améliorent ni le repos ni les toni-cardiaques et qui fut améliorée au point qu'elle put reprendre ses occupations par la radiothérapie profonde thyroïdienne. Deux électrocardiogrammes pris avant et après le traitement, témoignent de la grosse amélioration obtenue.

Infiltrats pulmonaires labiles juxta-hilaires. — MM. AMEUILLE et THÉOBALT présentent quatre observations de malades qui ont eu, au printemps de cette année, une poussée de catarrhe des voies aériennes supérieures, étiquetée « grippe ». Au cours de cette poussée, ils ont fait soudainement de courtes poussées thermiques jusqu'à 40°, généralement avec peu de toux et d'expectoration banale ; pas de signes d'auscultation. L'examen radiologique pratiqué par hasard en cours de poussée thermique a montré une opacité pulmonaire homogène étendue dans la partie postérieure du hile. Cette opacité a disparu dans un temps qui varia de huit à quinze jours. Les crachats n'ont pas tuberculisé le cobaye.

La question se pose de savoir s'il s'agit de tuberculose labile de très courte durée ou plutôt de pneumonie à pneumocoques latente et fugace ; cette dernière hypothèse leur paraît la plus vraisemblable.

M. ARMAND-DELILLE montre lq fréquence de ces faits chez l'enfant ; ils ont été décrits par Cadet de Gassicourt, sous le nom de pneumonie abortive.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

M. CODVELLE a souvent observé ces faits en médecine militaire. Ces foyers s'effacent en un temps variable.

M. MARQUÉZY pense que la preuve de l'origine pneumococcique est fournie par la négativité de la cutiréaction.

M. RIST confirme l'existence de ces pneumonies abortives souvent récidivantes ; la pneumonie classique n'est cependant pas en voie de disparition.

Thrombose oblitérante de l'artère pulmonaire chez des tuberculeux. — MM. AMEUILLE, J.-M. LEMOINE, Mlle DELHOMME, M. NOUAILLE présentent trois observations de thrombose de l'artère pulmonaire. Deux intéressaient une branche lobaire, la troisième oblitérait le tronc originel. Ce qu'il y a eu de frappant dans ces trois cas, c'est l'absence complète de troubles fonctionnels. Ces importantes lésions ont été des découvertes d'autopsie. Les auteurs rapprochent ces constatations des découvertes expérimentales, faites par MM. Villaret, Justin-Besançon, Delarue et Bardin qui ont pu oblitérer par embolie artificielle de grosses branches de l'artère pulmonaire sans provoquer de troubles manifestes. Ils insistent sur les voies de suppléance qui entrent en jeu dans le cas de pareils troubles et en particulier sur la circulation qui s'établit dans l'épaisseur des adhérences pleurales.

M. JUSTIN-BESANÇON souligne l'intérêt physiopathologique de ces cas. Il montre le contraste entre les constatations anatomiques et les symptômes dans l'embolie pulmonaire ; de simples troubles vasomoteurs peuvent donner un tableau dramatique et de volumineuses oblitérations rester latentes.

JEAN LEREBOULLET.

NOUVELLES

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. Cours pratique et complet de syphiligraphie et de vénéréologie. — Du 2 au 28 novembre 1936, sous la direction de M. le peofesseur GOUGEROT, avec la collaboration de : MM. Henri Claude, professeur de clinique des maladies mentales et de l'encéphale ; Nicolas, professeur de clinique dermatologique à la Faculté de Lyon ; Favre, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Lyon ; Levaditi, professeur à l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de médecine ; Milian, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Sézary, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Touraine, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Weissenbach, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Duvoir, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Babonneix, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Heitz-Boyer, agrégé, chirurgien de l'hôpital Lariboisière ; Halphen, agrégé, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Saint-Louis ; Gouverneur, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis ; Coutela, ophtalmologiste de l'hôpital Saint-Louis ; Lian, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon ; Chevassu, professeur de pathologie chirurgicale, chirurgien de l'hôpital Cochin ; Lévy-Valensi, agrégé, médecin de l'Hôtel-Dieu ; Chevallier, agrégé, médecin de l'hôpital Cochin ; Darre, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades; Pinard, médecin de l'hôpital Cochin ; Tixier, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades ; Hautant, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Tenon ; Garcin, médecin des hôpitaux ; Et. Bernard, agrégé, médecin des hôpitaux ; Degos, médecin des hôpitaux ; Dechaume, stomatologiste des hôpitaux ; Blum, assistant adjoint à l'hôpital Saint-Louis ; Barthélemy, ancien chef de clinique ; Carteaud, ancien chef de clinique ; Tissot, assistant d'urologie à l'hôpital Saint-Louis ; Mlle Eliascheff, chef de laboratoire à la Faculté ; M. Fernet, médecin de Saint-Lazare.

Le cours aura lieu du lundi 2 novembre au samedi 28 novembre 1936, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à 1 h. 30 et 3 heures, à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au Musée ou au laboratoire.

Les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire ; recherche du tréponème ; examens bactériologiques ; réactions de Wasserman ; ponction lombaire.

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 heures à 11 h. 30. Le Musée des moulages, les Musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 heures à 12 heures et de 2 heures à 5 heures. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat pourra être délivré à la fin du cours aux auditeurs assidus.

PROGRAMME DES COURS (57 leçons). — Gougerot : Syphilis. Notions nouvelles sur l'évolution. — Levaditi : Le tréponème. — Mlle Eliascheff : Recherche du tréponème. Réaction de Wassermann, Floculation. Sérologie de la syphilis. — Sézary : Ponction lombaire. Etude du liquide céphalo-rachidien. — Levaditi : Syphilis expérimentale. — Milian : Chancre syphilitique. Chancre mou. — Chevallier : Syphilis secondaire. — Nicolas, Favre : Ulcère vénérien adénogène. — Carteaud : Syphilis maligne précoce. — Chevallier : Méningites syphilitiques. — Mlle Eliascheff : Anatomie pathologique et histologie de la syphilis. — Degos : Syphilis tertiaire cutanée et muqueuse. Phagédénisme. — Milian : Leucoplasie. — Blum : Syphilis du rein, du testicule, de l'ovaire. — Pinard : Pathologie générale de la syphilis. Immunité. Réinfection, super-infection. — Gougerot : Syphilis post-traumatique. Syphilis réveillée par l'infec-

NOUVELLES *(Suite)*

tion. — Carteaud : Ulcérations génitales ; ulcère aigu et chronique de la vulve. Balanite, végétations. — Dechaume : Syphilis acquise et héréditaire des maxillaires et des dents. — Tissot : Rétrécissements de l'urètre. Blennorragie chez la femme. — Touraine : Syphilis du tube digestif, du foie, de la rate. — Duvoir : Expertise médico-légale en matière de syphilis. — Blum : Syphilis et diabète. — Babonneix : Syphilis médullaire. Atrophies musculaires syphilitiques. — Fernet : Syphilis et tuberculose viscérale. — Et. Bernard : Syphilis du poumon et du médiastin. — Weissenbach : Syphilis ostéo-articulaire. — Lian : Syphilis du cœur et des vaisseaux. — Barthélemy : Syphilis des glandes endocrines. — Garcin : Syphilis cérébrale. Tabes. — Claude : Paralysie générale. — Coutela : Syphilis oculaire. — Hautant : Syphilis de l'oreille. — Halphen : Syphilis du nez et du larynx. — Lévy-Valensi : Troubles mentaux des syphilitiques. Syphilis et grossesse. Hérédité. — Tixier : Hérédo-syphilis précoce. — Darré : Hérédo-syphilis tardive. — Babonneix : Hérédo-syphilis nerveuse. — Gougerot : Déontologie. Mariage des syphilitiques. — Gougerot : Syphilis et cancer. — Heitz-Boyer : Blennorragie aiguë chez l'homme. — Chevassu : Critérium de la guérison de la blennorragie. — Gouverneur : Complications de la blennorragie.

Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire.

Ce cours est précédé d'un cours de dermatologie qui a lieu du 5 au 31 octobre 1936 et est suivi d'un cours de thérapeutique dermato-vénéréologique qui a lieu du 30 novembre au 22 décembre 1936.

Le droit à verser est de 500 francs.

Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance de versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au Dr Carteaud (hôpital Saint-Louis, pavillon de la Faculté).

Renseignements généraux pour MM. les médecins étrangers à l'Association A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard, de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf le samedi).

Thèses de la Faculté de médecine de Paris. — 19 *Octobre* — M. Juillé, Les lésions spléno-hépatiques au cours de l'endocardite maligne. — M. Vedel, Les bacilles surperstifer européen et supestifer américain.

20 *Octobre.* — M. Saillant, Etude du traitement radiothérapique des fibromes de l'utérus. — M. Fagard, Etude de la thérapeutique des maladies infectieuses. — M. Esquirol, L'hystérectomie vaginale par section première des ligaments utéro-sacrés. — M. Camelot, La sténose hypertrophique du cardia.

22 *Octobre.* — M. Duide, Etude du mécanisme de la cuti-réaction à la tuberculine. — M. Dupuis, Traitement des péritonites tuberculeuses. — M. Petat, Prophylaxie de la lèpre à la Guadeloupe.

24 *Otolre.* — M. Rubenstejn, Rôle des facteurs sociaux amoraux dans la bilatéralisation au cours du pneumothora xartificiel. — M. Mercadier, Etude de l'ulcère gastro-duodénal chez les gens âgés. — M. Coouelin, Les maladies professionnelles des dentistes.

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

24 Octobre. — *Rouen.* Clôture du registre d'inscription pour le concours pour la nomination de deux chirurgiens adjoints des hôpitaux.

24 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Clôture du registre pour les inscriptions du 1er et du 2e trimestre.

25 Octobre. — *Lyon.* Dernier délai d'envoi des candidatures pour le prix Chauveau (œuvre de Solidarité médicale) (s'adresser au Secrétariat de la Faculté de médecine de Lyon).

26 Octobre. — *Paris.* Faculté de pharmacie. Concours de professeur suppléant de chimie à l'Ecole de médecine de Rennes.

26 Octobre. — *Nancy.* Faculté de médecine. Concours de professeur suppléant de clinique et de pathologie médicales à l'Ecole de médecine de Besançon.

26 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours de professeur suppléant de physique médicale à l'Ecole de médecine de Tours.

26 Octobre. — *Paris.* Concours de professeur suppléant de chimie à l'Ecole de médecine de Tours.

26 Octobre. — *Paris.* Concours de professeur suppléant de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole de médecine de Tours.

26 Octobre. — *Bordeaux.* Concours pour la nomination de deux accoucheurs de l'Assistance médicale gratuite. Bureau de Bienfaisance, 63, rue du Loup, à Bordeaux.

27 Octobre. — *Rouen.* Clôture du registre d'inscription pour le concours pour quatre places d'internes titulaires et une place d'interne provisoire en médecine.

31 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Clôture du registre pour la première inscription.

31 Octobre. — *Paris.* Dernier délai d'envoi au ministère de la Santé publique (rue de Tilsitt) des demandes pour la fourniture de produits antisyphilitiques aux dispensaires dépendant du ministère de la Santé publique.

1er Novembre. — *Paris.* Ministère de la Guerre. Direction du Service de santé. 1er bureau (personnel). Dernier délai d'inscription pour le concours de médecin sous-lieutenant de l'armée active.

3 Novembre. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription des candidats au concours de l'externat des hôpitaux de Paris.

CÉRÉMONIES MÉDICALES

MÉDAILLE DU Dr PASTEAU

L'Association française d'urologie avait décidé de rendre un public hommage à son ancien secrétaire général O. Pasteau à l'occasion de sa présidence du XXXVIe Congrès français d'urologie. Un comité constitué par le bureau de l'Association et tous les anciens présidents confia au maître graveur Dammann, grand prix de Rome, le soin d'exécuter la médaille du Dr Pasteau. La remise de cette belle œuvre donna lieu le 7 octobre à une magnifique et bien émouvante cérémonie. Celle-ci se déroula à Necker dans le grand amphithéâtre de la clinique urologique aimablement mis à la disposition de l'Association par le professeur Marion ; ainsi M. Pasteau put recevoir l'hommage de ses collègues et de ses amis dans cet amphithéâtre où il vécut de nombreuses années aux côtés du professeur Guyon, le grand maître vénéré de tous les urologues français et étrangers.



La Médaille d'Octave Pasteau.

C'est devant un amphithéâtre comble, où se pressaient, à côté de nombreux professeurs de notre Faculté et des Facultés de province et de l'étranger, les membres de l'Association française d'urologie et de nombreux élèves et amis, que le professeur Legueu — en un magnifique discours — exprima la reconnaissance de l'Association envers celui qui, pendant trente ans, en assura le secrétariat général. Après avoir, en des termes combien émouvants, retracé la vie toute de droiture et de dévouement d'O. Pasteau, le professeur Legueu s'élève vers les sommets et, s'adressant à M. Pasteau, lègue aux jeunes générations ce sublime programme : « Pour nous la médecine n'a pas pour but d'acquérir des titres, des honneurs et de l'argent ; la médecine c'est le sacerdoce de la souffrance, et tant qu'il y aura dans le monde un être qui souffre, vous voudriez être de ceux qui ont le droit d'être près de lui pour lui donner toutes les ressources d'une science sans cesse en progression et l'entourer, quand il n'y a plus rien à faire de tant de douceur et de générosité qu'il puisse s'élever insensiblement vers les joies célestes de l'espérance et de la résignation. »

Le professeur Verhoogen, en termes touchants par leur simplicité même, remercie M. Pasteau, au nom de tous les collègues étrangers, de ce qu'il a fait pour eux dans la Société française et dans la Société internationale. Le Dr Noguès, prenant la parole au nom de tous les amis, jeunes et vieux, retrace d'une façon charmante l'intimité de l'école de Necker et se montre émouvant en s'adressant de la façon la plus délicate à la famille de son ami le plus cher.

CÉRÉMONIES MÉDICALES *(Suite)*

Le Dr Pasteau enfin remercie en reportant sur ses parents et sur ses maîtres tous les éloges qui lui sont décernés. A son tour, il sait en termes parfaits évoquer les vrais devoirs de la vie médicale.

Après une halte au traditionnel champagne on se sépare, emportant de cette matinée une impression profonde de sérénité et de grandeur.

De tels moments font du bien et retrempent tous les cœurs.

LOUIS MICHON.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

PROPOSITION DE LOI TENDANT A EMPÊCHER LES ENTENTES ENTRE MÉDECINS ET COMMERÇANTS AU DÉTRIMENT DE LA DIGNITÉ MÉDICALE

(Renvoyée à la Commission de l'hygiène)

PRÉSENTÉE

Par M. COUSIN, Député

Exposé des motifs. — Tant au point de vue de la dignité du corps médical qu'au point de vue de l'intérêt même du malade, il importe au plus haut degré que le médecin garde à tout moment sa pleine liberté d'action, qu'il ne l'aliène pas surtout dans le but de favoriser des procédés de publicité. Sans doute, l'institution d'un ordre de médecins pourrait porter une large atténuation à des pratiques que nous allons signaler et qui deviennent graves parce qu'elles tendent à se généraliser et qu'elles ne font rien moins que de jeter un discrédit certain sur le corps médical.

Dans cet ordre d'idées, il faut surtout retenir les ententes qui se font depuis quelque temps entre médecins et commerçants, ces derniers ne cherchant qu'une forme nouvelle de réclame dans le seul but d'attirer à eux un plus grand nombre d'acheteurs.

C'est ainsi que depuis déjà plusieurs années, des opticiens ont engagé des ophtalmologistes à exercer leur profession dans les dépendances mêmes de leurs locaux commerciaux, à seules fins de pouvoir afficher à leur devanture que l'examen de la vision est faite gratuitement par un médecin. Peut-on croire cependant que dans ce cas le médecin n'aliène pas sa liberté d'action car, salarié d'un commerçant, il se doit à lui-même d'inciter ceux qu'il examine à prendre des verres même quand ils ne sont pas d'une utilité absolue ou à en changer sans grand profit pour l'intéressé.

Depuis quelques mois, c'est le tour d'un pharmacien à avoir installé au plein centre de Paris un service de radiographie modèle et de l'avoir mis sous la direction d'un médecin à la disposition de ses clients. Nul doute que la réclame qui est faite pour annoncer l'existence de ce service ne vise rien moins qu'à attirer une plus grande clientèle et à accroître la vente des produits pharmaceutiques.

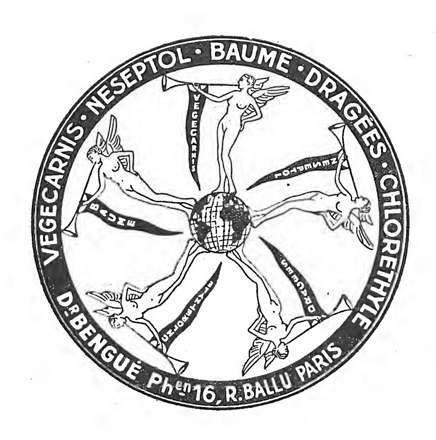
De toutes façons, sans insister plus longuement sur les motifs mêmes de la proposition de loi, il apparaît nettement que dans l'un et l'autre cas de ces procédés nouveaux de publicité, non seulement le médecin abaisse la valeur de son titre, puisqu'il se fait l'agent salarié d'une maison de commerce, mais encore qu'il pratique une concurrence déloyale vis-à-vis de ses confrères, qu'il contribue même à restreindre le libre choix du médecin, procédés d'autant plus condamnables que jamais il ne viendrait à l'esprit à un radiographe de vendre des produits pharmaceutiques pas plus qu'à un ophtalmologiste de concurrencer l'opticien pour la vente des verres. Pour les opticiens mêmes la nouvelle position prise par eux demande à être examinée d'une façon plus précise. Il y a déjà quelques années plusieurs d'entre eux avaient cru devoir employer l'examen en chambre noire pour l'examen de leurs malades ; un procès qui a été jusqu'en Cassation a prouvé qu'en agissant ainsi l'opticien se livrait à l'exercice illégal de la médecine. C'est pour tourner cette décision de la Cour de cassation que des opticiens ont pensé alors faire appel en leur arrière-boutique à des ophtalmologistes ayant, eux, le droit de pratiquer l'examen oculaire en chambre noire. L'on peut d'autant plus s'étonner de la position prise par les opticiens que leur qualité d'opticiens n'a jamais été reconnue par aucune loi ou décret et que le droit de vendre des verres d'après une ordonnance médicale n'est en somme que la conséquence d'une tolérance.

Pour ces motifs, il nous a paru nécessaire de déposer la proposition de loi suivante.

Proposition de loi. — ARTICLE PREMIER. — Il n'est permis à aucun médecin de donner des consultations périodiques gratuites ou payantes dans les dépendances de locaux de vente de produits commerciaux, alors que ledit médecin n'est pas titulaire de la totalité du bail, qu'il ne paye pas les impôts, notamment la patente, et qu'il accepte même le plus souvent un salaire comme rétribution.

ART. 2. — La sous-location par un médecin d'une partie de locaux à un commerçant exerçant une profession para-médicale, l'installation d'une clinique médicale attenante auxdits locaux sont interdites.

ART. 3. — L'infraction à la présente loi est susceptible d'entraîner le payement d'une amende pouvant aller du simple au double, au triple même des impôts payés pour la totalité du loyer, où aura été constatée l'infraction.


VEGECARNIS · NESEPTOL · BAUME · DRAGÉES · CHLORETHYLE
VEGECARNIS
Dr BENGUÉ Phen 16, R. BALLU PARIS

REVUE DES CONGRÈS

LE XIVe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD

Montréal, 7-10 septembre 1936.

Le XIVe Congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord s'est ouvert à Montréal, le 7 septembre, sous le haut patronage de S. Exc. le Très Honorable lord Tweedsmuir, gouverneur général du Canada, et sous la présidence du professeur J.-A. Jarry (Montréal).

L'ouverture officielle fut faite par un de nos confrères, M. J.-H.-A. Paquette, ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et de l'Hygiène, dans le cabinet de la province de Québec.

Parmi la très nombreuse assistance (plus de six cents inscriptions), on remarquait MM. les professeurs R.-E. Valin (Ottawa) ; Donatien Marion (Montréal) ; J.-A. Vidal (Montréal) ; Pierre Smith (Montréal) ; Etienne Sorrel (Paris) ; Maurice Chiray (Paris) ; Mercier (Oran) ; Vandenbossche (Paris) ; Leven (Paris) ; Welti (Paris) ; Paquet (Québec) ; Amédée Granger (Nouvelle-Orléans) ; Vézina (Québec) ; Chevalier Jackson (Philadelphie) ; Samson (Montréal) ; Archibald (Montréal) ; Corrylos (New-York) ; Penta (Shenectady) ; Mousseau (Montréal) ; Lesage (Montréal) ; Jutras (Montréal) ; Mercier-Fauteux (Montréal) ; Lapointe (Ottawa) ; Dubé (Notre-Dame-du-Lac).

Les discours d'ouverture furent prononcés par MM. Paquette, Jarry et Sorrel.

PREMIER RAPPORT

TUBERCULOSE DE LA HANCHE

Par J.-Ed. SAMSON
(Montréal).

La fréquence de la coxalgie chez l'enfant, la gravité de son pronostic, les infirmités qu'elle détermine, voilà quelques raisons qui méritent de fixer notre attention pendant quelques instants.

L'enfant est le principal candidat à la coxalgie. Le remaniement osseux incessant de la hanche à la période de croissance détermine un état congestif favorable au développement du bacille tuberculeux.

Convenablement traitée, la coxalgie prend, chez l'enfant, le caractère cyclique suivant :

Première année : invasion ;

Deuxième année : destruction ;

Troisième année : réparation.

Quatrième année : guérison;

L'étude de la radiographie confirme les données cliniques et permet de suivre les diverses phases d'évolution de la maladie.

Statistiques personnelles de tuberculose des grandes articulations.

(1 100 cas.)

Colonne vertébrale	307 cas,	soit 27,90	p. 100.
Genou	306 —	— 27,80	—
Hanche..................	306 —	— 27,80	—
Cou-de-pied	95 —	— 8,63	—
Coude	35 —	— 3,18	—
Épaule	27 —	— 2,45	—
Poignet.................	24 —	— 2,18	—
Total............	1 100 cas.		

Diagnostic.

La *coxalgie, forme ordinaire*, peut prêter à confusion avec un certain nombre d'autres maladies que nous ne ferons qu'énumérer : ostéochondrite, arthrite juvénile déformante, arthrite traumatique, coxa-vara des adolescents, ostéite de croissance, ostéite kystique, arthrite syphilitique, arthrite mycosique, arthrite hémophilique, ostéites juxta ou para-articulaires.

La *coxalgie aiguë* doit être différenciée d'avec : l'arthrite rhumatismale, l'arthrite gonococcique, l'arthrite aiguë du nourrisson, le rhumatisme infectieux, l'ostéomyélite aiguë, l'entorse grave, la psoïte inflammatoire ou infectieuse primitive.

Traitement.

Le traitement médical s'impose dans tous les cas.

Chez l'enfant, il est le seul à conseiller, avec l'immobilisation locale, pendant toute la période active de la maladie. Cependant, sous le coup d'une menace de fistulisation imminente, impossible à prévenir, nous n'hésitons pas à intervenir immédiatement. L'expérience nous a démontré que, même réalisée dans ces conditions défavorables, l'arthrodèse fournit encore de bons résultats, alors que l'on connaît trop, hélas ! les conséquences fâcheuses d'une coxalgie fistulisée infectée secondairement.

Chez l'adulte, l'arthrodèse se pratique à toutes les périodes de la maladie, lorsque le patient présente les conditions requises. Il est cependant préférable d'immobiliser le membre mlade dans un plâtre quelques mois avant l'intervention.

La fistule infectée secondairement est une contre-indication formelle à l'arthrodèse.

Arthrodèses dans la coxalgie en évolution.

(95 cas).

Féminin.		*Masculin.*	
De 1 an à 10 ans ..	13	De 1 an à 10 ans ..	3
De 10 — à 20 — ..	25	De 10 — à 20 — ..	23
De 20 — à 30 — ..	8	De 20 — à 30 — ..	16
De 30 — à 40 — ..	4	De 30 — à 40 — ..	2
		De 40 — à 50 — ..	1
Total	50	Total	45

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Résultats.

Guérison avec ankylose osseuse	74
Guérison avec pseudarthrose	8
Guérison après fistulisation prolongée	6
Évolution non modifiée par l'arthrodèse	2
Décès	5
Total	95

Variétés d'arthrodèses.

Les divers modes d'arthrodèse peuvent se résumer à trois :

L'arthrodèse extra-articulaire ;

L'arthrodèse intra-articulaire ;

L'arthrodèse mixte.

1° **L'extra-articulaire** comprend elle-même deux méthodes : la para-articulaire et la juxta-articulaire. La *para-articulaire* consiste à relier le grand trochanter à l'os iliaque par un pont osseux résistant, condition essentielle réalisée habituellement par l'hypertrophie physiologique du greffon. Ce dernier peut, il est vrai, se fracturer à sa partie centrale ou ne pas se souder à ses extrémités, complications rares, du reste sans caractère de gravité, puisqu'une simple immobilisation prolongée guérit la fracture, alors qu'une petite retouche consolide la pseudarthrose. Cette méthode offre de grands avantages : solidité de l'ankylose, simplicité, sécurité d'exécution parce qu'à distance du foyer. Aussi est-elle tout indiquée lorsqu'on se propose d'opérer une coxalgie en évolution. La juxta-articulaire oriente différemment le greffon, dont la partie centrale est couchée à plat sur la face supérieure du col dénudé. L'ouverture de la capsule fait que cette méthode n'est pas strictement extra-articulaire et expose, théoriquement du moins, à la fistulisation. En pratique, elle fournit de beaux résultats.

2° **L'intra-articulaire**, excellente méthode réalisée pour la première fois par Albee en 1908, permet l'exploration complète de l'articulation, l'évaluation des dégâts, l'ablation des tissus tuberculisés : synoviale, séquestres, la taille et la bonne adaptation des surfaces osseuses, le remplissage de la cavité par des greffes osseuses souples.

Le danger de fistulisation et de généralisation tuberculeuse est beaucoup plus fictif que réel si, au cours de l'intervention, l'on a soin de ne pas infecter son malade.

3° **L'arthrodèse mixte** comprend les deux méthodes précédentes. Ses beaux résultats expliquent bien la préférence que lui donnent bon nombre de chirurgiens dans le traitement des séquelles.

Séquelles.

Ankylose, pseudarthrose, hanche ballante, sont les modes de terminaison habituelle de la coxalgie.

L'*ankylose* en bonne attitude est considérée comme un bon résultat. En mauvaise position, elle commande une ostéotomie de redressement.

La *pseudarthrose* peut être extra ou intracotyloïdienne.

L'extracotyloïdienne, résultat habituel de la destruction de la tête, du col, du cotyle, donne une déformation et un raccourcissement ordinairement incompatible avec l'usage de ce membre. Deux procédés sont alors à la disposition du chirurgien :

1° Ankylose à l'endroit même de la pseudarthrose ;

2° Ankylose après réduction de la luxation.

Ce dernier mode, qui permet de corriger, en une seule fois, l'attitude vicieuse et le raccourcissement, est une intervention plus mutilante et, de ce fait, ne doit s'appliquer que chez le patient qui présente un très bon état général.

La pseudarthrose intracotyloïdienne donne un mouvement étendu, utilisé souvent avce avantage par le patient, mais qui, en raison même de son étendue, expose aux entorses, aux récidives fréquentes. C'est ici quel'arthrodèse mixte trouve ses plus belles indications.

L'opération de Robertson-Lavallé, tombée dansl'oubli depuis la publication d'échecs retentissants, a peut-être été jugée un peu hâtivement et trop sévèrement. Cette méthode, appliquée au début de la tuberculose ossense, alors que, cependant, le diagnostic de tuberculose était indiscutable, nous a donné un certain nombre de bons résultats.

La résection de la hanche se pratique de moins en moins depuis qu'une meilleure compréhension du traitement prévient les complications fâcheuses de la coxalgie.

La désarticulation, faite seulement dans les cas de profonde intoxication, exige, en raison du shock qu'elle détermine, une préparation soignée du malade.

La coxalgie double pose toujours un problème difficile à résoudre. Ici, il faut encore chercher à guérir les deux hanches par ankylose, quitte à redonner, plus tard, le mouvement à l'une d'elles par reconstruction de Whitman ou par arthroplastie.

SÉQUELLES DE COXALGIE

(116 cas).

ARTHRODÈSES

Pseudarthrose extracotyloïdienne	28
Pseudarthrose intracotyloïdienne	14
Hanche ballante	2
Ankylose fibreuse lâche	2
Total	46

RÉSULTATS

Ankylose osseuse	43
Pseudarthrose	2
Décès	1
Total	46

RECONSTRUCTION DE WHITMAN

Reconstruction pour coxalgie double	4
Reconstruction pour pseudarthrose extracotyloïdienne	6
Reconstruction pour pseudarthrose intracotyloïdienne	3
Total	13

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

RÉSULTATS

Mouvements étendus indolores	11
Mouvements étendus douloureux	1
Réveil de tuberculose	1
Total	13

OSTÉOTOMIE SOUS-TROCHANTÉRIENNE
(pour ankylose osseuse)
(57 cas).

Bons résultats	57

Seules, les séquelles douloureuses ou gênantes méritent un traitement chirurgical.

TUBERCULOSE DE LA HANCHE
Par le Dr Prof. Etienne SORREL

On sait actuellement beaucoup mieux qu'autrefois reconnaître et traiter une coxalgie, et ces acquisitions sont de date relativement récente.

Reconnaître une coxalgie se fait en partie, aujourd'hui, grâce à la radiographie ; or ce n'est que depuis quelques années que l'on connaît bien les différents aspects radiographiques sous lesquels se présente une coxalgie, suivant le moment de son évolution.

Ce n'est donc que depuis un temps relativement assez court qu'on la distingue facilement d'un certain nombre d'affections avec lesquelles on pouvait la confondre jusqu'ici, telles que les luxations congénitales, les coxa-vara rachitiques et congénitales, et surtout toutes ces déformations si nombreuses pendant l'adolescence (coxa-vara, coxa-plana, arthrite déformante juvénile, etc.), que nous désignons sous le nom vague de *dystrophie de croissance*. Ce sont des diagnostics de grande importance, car le pronostic et le traitement sont tout différents dans ces divers cas, et si les seuls signes cliniques et radiographiques ne permettaient pas de les faire, il faudrait pratiquer une biopsie de l'articulation de la hanche, c'est-à-dire prélever sous anesthésie de petits fragments de l'os pour les examiner, les cultiver et les inoculer à un cobaye.

Grâce à la radiographie, on a pu aussi séparer de la coxalgie toute une série d'*ostéites tuberculeuses para-articulaires* (ostéite du pubis, de l'ischion, du trochanter) ou *juxta-articulaires* (ostéite du col fémoral ou du rebord cotyloïdien) qui menacent l'articulation, mais qu'une intervention faite à bon escient permet de guérir avant que l'articulation ne soit envahie.

De même chez l'adulte, on peut maintenant reconnaître assez aisément les *arthrites sèches*, qui exigent un traitement tout autre que celui des coxalgies.

Au point de vue du diagnostic, les acquisitions récentes sont donc importantes.

Le **traitement** de la coxalgie aussi a fait des progrès considérables. Tout d'abord, on connaît mieux aujourd'hui la valeur du traitement général et en particulier du *traitement climatique* dans le traitement des tuberculoses osseuses. Placé dans un sanatorium marin, en faisant régulièrement de l'héliothérapie, le coxalgique guérira beaucoup mieux et beaucoup plus sûrement que s'il reste dans un hôpital urbain ; mais surtout on a mis au point un *traitement chirurgical* des coxalgies qui permet d'obtenir des résultats très supérieurs à ceux obtenus jadis. Certes, ces opérations ne doivent être faites qu'avec discernement et leurs indications doivent être minutieusement posées ; elles seront, par exemple, beaucoup moins souvent utiles chez l'enfant que chez l'adulte. Le procédé opératoire aussi devra être choisi avec soin ; il ne sera pas le même lorsqu'il s'agira de traiter une coxalgie en évolution et lorsqu'il s'agira de traiter les séquelles qu'une coxalgie depuis longtemps éteinte a laissées derrière elle. Mais ce sont là des questions de pure technique qui ne doivent préoccuper que les chirurgiens spécialistes qui appliqueront ces traitements, et ce que les médecins praticiens doivent retenir, c'est qu'il existe actuellement des méthodes chirurgicales nouvelles parfaitement précises et bien mises au point, dont une assez longue expérience déjà a montré la valeur, et qui permettent, dans bien des cas, d'améliorer considérablement le pronostic si sévère autrefois des coxalgies.

Tant au point de vue du diagnostic qu'au point de vue du traitement, la question de la coxalgie s'est donc notamment transformée depuis quelques années, et l'on doit s'en féliciter, car c'est une affection malheureusement fréquente et dont le pronostic est grave, si un traitement judicieux n'est pas rapidement appliqué.

Discussion sur la tuberculose de la hanche.
Par M.-J. Calixte FAVREAU (Montréal)

Entre les interventionnistes à outrance et les conservateurs entêtés, M. Favreau donne raison aux interventionnistes mitigés. Il ne faut pas intervenir pendant la période de bacillémie tuberculeuse, ni pratiquer les interventions intrafocales. M. Favreau s'appuie sur l'expérience d'une cinquantaine de cas, en majorité des enfants. En résumé, voici ses conclusions : 1° le traitement local de la coxalgie doit être l'immobilisation en décubitus dorsal pendant environ trois ans ; 2° la chirurgie extrafocale conservatrice est une thérapeutique utile pour l'adulte, mais non pour l'enfant de moins de douze ans; 3° l'arthrodèse tardive est une intervention qui trouve son indication chez tout malade guéri, mais souffrant de ces séquelles tenaces des hanches mobiles (antalgie, abcès à répétition, attitudes vicieuses, etc.) ; 4° une chirurgie conservatrice intrafocale peut devenir utile dans certains cas, mais elle ne doit jamais être pratiquée avant la fin de la deuxième année ; 5° le traitement général par des moyens climatiques, médicamenteux, alimentaires et disciplinaires ne doit jamais être négligé.

Discussion sur les coxalgies (Tuberculose consécutive aux ostéites cotyloïdiennes).
Par J.-O. ROGER (Québec)

M. Roger fait part de trois observations consécutives aux ostéites du toit cotyloïdien. Il croit que si ces malades étaient vus dès les premiers symptômes, ces observations seraient plus fréquentes. Il tire les conclusions suivantes :

1° La longueur et la bénignité apparente de la phase pré-articulaire. Il s'ensuit que le médecin non averti se croit en présence de troubles de croissance et qu'il

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

laisse passer la période pendant laquelle une intervention curative est encore possible dans certains cas ;

2° La brutalité et la gravité des symptômes locaux et généraux lorsque l'infection se communique à l'articulation ;

3° La destruction étendue et particulièrement rapide du cotyle et de la tête fémorale. Dans ces cas d'ostéite cotyloïdienne, M. Roger reste partisan du traitement chirurgical chaque fois que la lésion est accessible.

FORMES ANATOMO-CLINIQUES ET DIAGNOSTIC DES ABCÈS PULMONAIRES.

Par Emile SERGENT, Henri DURANT et Raoul KOURILSKY

Dans ce travail, le professeur Sergent et ses élèves attirent l'attention sur la nécessité d'une collaboration étroite entre médecins et chirurgiens pour le traitement des suppurations broncho-pulmonaires.

L'étude des abcès pulmonaires est inséparable de celle des suppurations bronchiques. Les suppurations broncho-pulmonaires peuvent être réparties en deux grandes catégories : les suppurations diffuses et les suppurations collectées.

Classification générale des abcès pulmonaires. — Il existe deux catégories principales : les abcès simples et les abcès compliqués. Dans les abcès simples, nous retrouvons : *a*) les abcès amibiens ; *b*) les abcès à pyogènes et *c*) les abcès putrides d'emblée.

Les abcès compliqués comprennent les abcès simples passés à l'état chronique et les abcès associés à l'existence concomitante d'une autre affection : tels les abcès liés à l'évolution de bronchiectasies, à la présence d'un épanchement pleural, à l'éclosion d'une tuberculose.

L'abcès amibien du poumon est rare et disparaît lorsque traité par l'émétine.

Les abcès à pyogènes peuvent guérir spontanément, mais il faut aussi prévoir le passage de l'abcès à l'état chronique ; cette éventualité est possible dans un cinquième des abcès à pyogènes.

Les abcès putrides d'emblée représentent la forme clinique actuellement la plus fréquente. La guérison spontanée de ces abcès survient dans 30 p. 100 des cas environ.

Une notion capitale est celle du délai de la guérison. Lorsque celle-ci survient spontanément, c'est entre six semaines à deux mois, quel que soit l'agent pathogène qui a déterminé l'abcès. Il est évident que, pour éviter le déroulement progressif d'une évolution chronique, l'intervention chirurgicale doit avoir lieu à cette date et non plus tard, sous peine d'être de plus en plus difficile et aléatoire.

Toute suppuration pulmonaire qui n'a pas guéri spontanément ou par le traitement médical, dans un délai de six semaines à deux mois à dater du début de la maladie, doit être traitée chirurgicalement par action portée directement sur le foyer.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

LA BRONCHOSCOPIE COMME AIDE DANS LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DE L'ABCÈS PULMONAIRE.

Par CHEVALIER JACKSON et CHEVALIER L. JACKSON (de Philadelphie).

Les rapporteurs déplorent le fait qu'au début on ait publié tant de rapports sur les résultats heureux obtenus par le traitement bronchoscopique de l'abcès du poumon.

Ces observations cliniques étaient justes et apportaient une importante contribution à la littérature médicale, mais ces rapports ont créé l'impression que la bronchoscopie était invoquée comme la panacée universelle de la suppuration pulmonaire. Cet état d'esprit était erroné et il importe de le rectifier.

Le bronchoscope est un spéculum et sa relation vis-à-vis de la maladie pulmonaire est la même que celle du spéculum vaginal vis-à-vis de la suppuration pelvienne. Cela signifie que le gynécologue peut trouver : *a*) des conditions qui ne requièrent rien moins qu'une attention et une direction médicales ; ou *b*) des conditions qui requièrent une aspiration ; ou *c*) une suppuration qui peut être drainée efficacement avec l'aide du spéculum vaginal. Mais il éprouve qu'en toute circonstance l'étude de sa malade est incomplète sans l'examen au spéculum. Le bronchoscope, il est vrai, ne peut pénétrer dans les bronchioles périphériques, mais le gynécologue lui aussi ne peut voir à l'intérieur des annexes. Par ailleurs, le bronchoscope peut, à l'aide du réflexe tussigène comprimant l'éponge pulmonaire, enlever le pus et les sécrétions de la périphérie du poumon. On a affirmé que le lobe supérieur ne pouvait être drainé par un bronchoscope droit et rigide. C'est une erreur. Des tubes aspirateurs vertébrés peuvent être introduits et contourner l'angle jusque dans le lobe supérieur, mais ils ne sont nécessaires que dans les cas d'obstructions des bronches du lobe supérieur. Dans tous les autres cas, la compression tussigène chasse le pus vers le bas, dans les troncs bronchiques, d'où il est aspiré sans délai.

Mais la bronchoscopie ne constitue pas à elle seule une méthode de traitement, c'est simplement un adjuvant dans le diagnostic et le traitement.

Nous croyons qu'il est universellement admis que la bronchoscopie, considération faite de la condition pour laquelle elle est appliquée, ne comporte aucun risque de mortalité.

Tout patient atteint d'une lésion pulmonaire peut mourir d'hémorragie, qu'il ait subi ou non une bronchoscopie ; si une hémorragie survient après une bronchoscopie; il serait injuste d'attribuer l'issue fatale à cette intervention. En réalité, dans aucun cas de maladie pulmonaire, nous n'avons encore rencontré une telle issue.

La bronchoscopie pour l'aspiration des abcès du poumon peut être répétée deux fois par semaine, si on le juge nécessaire. On rapporte des cas qui illustrent l'utilité

(Voir la suite page VIII.)

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

du bronchoscope comme aide dans le diagnostic et le traitement des abcès pulmonaires.

Un des services importants rendus par le spéculum bronchoscopique est celui de l'étude de la pathologie chez chaque malade en particulier : c'est la pathologie vivante.

ABCÈS DU POUMON. TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Par le Dr NORMAN BETHUNE
Chef de la division de chirurgie thoracique et de bronchoscopie à l'hôpital du Sacré-Cœur, Cartierville.

et le Dr Georges DESHAIES
assistant.

Cette affection est d'une extrême fréquence, mais elle se rencontre plus couramment de nos jours qu'au siècle dernier. Les causes invoquées en faveur de cette recrudescence sont le nombre progressif des opérations chirurgicales et en particulier de celles qui portent sur les organes bucco-naso-pharyngés et abdominaux, si souvent compliquées de suppuration pulmonaire, et une meilleure connaissance de cette entité morbide grâce à la radiographie.

C'est une maladie très grave : mortalité, 35 à 50 p. 100. On rencontre une issue fatale, d'après René Fontaine, de Strasbourg, dans la proportion de 80 p. 100. C'est pour cette raison que les médecins et les chirurgiens ont travaillé sans relâche au perfectionnement des méthodes de diagnostic et de traitement. La radiographie et la radioscopie sont indispensables au diagnostic exact des suppurations pulmonaires. Différents procédés chirurgicaux sont employés dans les abcès pulmonaires et notamment les moyens de drainage interne et externe.

Certaines méthodes (pneumothorax artificiel et décollement intrapleural) ne donnent pas de bons résultats ; les procédés de choix sont ceux du drainage interne et externe. La bronchoscopie permet d'aspirer le pus des bronches. Quant aux procédés de chirurgie, ce sont des interventions très graves et difficiles ; cependant, depuis quelques années, une amélioration sensible s'est effectuée au point de vue technique opératoire et il semble que le jour est proche où ces interventions pourront être pratiquées sans faire courir de trop grands risques aux malades.

IVe CONGRÈS DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE

Venise, septembre-octobre 1936

Trois questions étaient à l'ordre du jour : *L'Histoire de la Presse médicale dans les pays latins. — L'Influence sociale de la Presse médicale. — L'Enseignement médical dans les pays latins.*

Les rapports ayant été publiés *in extenso* dans *Acta Medica latina*, l'excellente revue que dirige à Paris notre collègue et ami L.-M. Pierra, nous nous bornerons à en indiquer les grandes lignes.

Première question.

Belgique.

M. Tricot-Royer (Anvers) présente son rapport sous la forme d'un index en quatre parties.

1° Le répertoire des 353 périodiques médicaux belges nés depuis 1756 ;

2° Un exposé analytique ;

3° Un tableau des lieux d'origine qui montre que 138 périodiques ont vu le jour dans 28 communes du dehors de la capitale ;

4° Enfin la chronologie des périodiques antérieurs à l'ère pastorienne, soit 107 organes échelonnés de 1756 à 1868.

Portugal.

M. A. da Silva Carvalho (Lisbonne). — Le premier journal portugais d'information est de 1635, mais le premier journal médical date de 1749.

L'évolution du journalisme médical portugais s'est faite en trois étapes successives. Dans les premiers temps, les journaux s'occupaient exclusivement d'enregistrer les cas cliniques remarquables par leur rareté ou par leur gravité, en faisant suivre les observations de commentaires.

Dans une seconde période, les revues sont les organes des Sociétés médicales. Enfin, depuis quarante ans, le développement des revues et archives de spécialités a été très important.

Italie.

M. le professeur A. Pazzini (Rome). — Après un aperçu d'ensemble sur la question, le rapporteur relate l'état actuel des études historiques italiennes sur le journalisme médical. Ces études ont été poussées fort loin.

On voit que dans une première période, de 1668 à 1763, il y eut un mélange entre les publications littéraires et scientifiques. En 1763, le premier journal vraiment médical est publié à Venise, par Orteschi : *Giornale di Medicina*; le premier organe de spécialité *Arte ostetrica* parut en 1787.

Le rapporteur a dressé, par ordre chronologique, de 1668 à nos jours, un répertoire des 1.400 publications médicales qui ont vu le jour en Italie; 360 vivent toujours.

Dans ce très remarquable rapport, dont nous ne pouvons malheureusement indiquer que les grandes lignes, le professeur Pazzini a parfaitement montré la grande vitalité de la presse médicale italienne.

Cette vitalité est due très certainement à l'activité des illustres universités italiennes dont cette presse est le reflet. Elle est très développée dans son ensemble.

(Les journaux de médecine italiens sont en général remarquables par leur documentation. Les nouvelles de *Il Policlinico* sont des modèles. Les chroniques des splendides publications de nos confrères Oliaro (*Minerva medica*), Martelli (*Rinacenza medica*) sont toujours d'une grande actualité. Les travaux originaux sont de haute tenue. Avons-nous besoin de rappeler que, dès 1885, la *Riforma medica* de Maragliano et Rummo inaugurait la publication des *Revues générales* qui, depuis 1887, ont connu en France comme en Italie une faveur marquée. N. D. L. R.).

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

France.

MM. Laignel-Lavastine et Lévy-Valensi apportent une très belle étude de la presse médicale française avant et après Nicolas de Blégny, au XVIIe siècle, puis MM. Laignel-Lavastine et Fosseyeux étudient *le Journalisme médical en France aux* XIXe *et* XXe *siècles.*

(Dans ce dernier rapport pourtant documenté, j'ai été surpris de ne pas trouver mentionnée la *Semaine médicale,* qui fut un grand journal d'avant guerre. Il aurait été juste aussi de citer les journaux de médecine de province. Il ne faut pas oublier que le *Journal de médecine de Bordeaux,* par exemple, est aussi ancien qu'important, que les journaux qui paraissent dans les villes de Faculté, Montpellier, Lyon, Marseille ou Lille, Toulouse, Nancy, Alger, ou à l'ombre de nos Ecoles de médecine, méritent, par leur présentation, par leur très haute tenue scientifique, de figurer au premier rang dans la presse latine. N. D. L. R.).

Espagne.

Le Dr Enrique Noguera (de Madrid) a pu, avant les événements de cet été, adresser au Dr Pierra son rapport. Celui-ci, dans une inspiration pleine de générosité, a tenu à en donner lecture en *espagnol,* « afin que la noble langue espagnole ne fût pas absente d'un congrès latin ».

Grèce.

M. Pierre Rondopoulos (d'Athènes) fait l'historique de la presse depuis 1811 jusqu'à 1836 (période prérévolutionnaire), puis de 1836 à 1936.

La première revue scientifique et médicale est *l'Aurore,* puis les revues médicales se succèdent, on en compte 36 actuellement, plus les périodiques spéciaux. Depuis 1898, la *Grèce médicale* paraît en français, ainsi que l'*Orient médical,* la *Revue des Sciences médicales hellènes,* dirigée par Phocas. Notons que l'*Iatriki Proodos,* le plus répandu, paraît depuis quarante et un ans.

Roumanie.

M. Valère, L. Bologa (de Cluj). — Le premier journal, avant l'arrivée de Charles Davila, fut le *Povàtuitorul Sànàtàtii.* Davila inspire la création de *Monitorul Medical,* en 1862, puis, après 1870, nous voyons apparaître la *Revue médicale de Bucarest,* la *Revue médicale roumaine, Romania Medicali* ; la *Gazeta Spitalelor* (Gazette des hôpitaux) date de 1867.

Les Revues de spécialités font leur apparition avec Babès, puis avec Th. Jonnesco-Babès et Kaleuderc. En 1903, Jean Cantacuzène publie la *Revista Stiintelor medica,* qui est continuée par Ciuca, Danielopolu, Jonescu-Mihasti.

Depuis la guerre, la presse médicale s'est particulièrement développée avec *Spitalul, Clujul medical,* les Bulletins, les Revues, parmi lesquels nous citerons au premier rang le *Bulletin de l'Académie royale de médecine,* qui paraît en français et dans lequel nous reconnaissons la magnifique impulsion donnée par Danielopolu.

Canada.

M. Jean Saucier qualifie son rapport de « petite histoire » du journalisme médical au Canada. C'est trop de modestie, il nous apporte une histoire très complète, et combien émouvante pour nous, des efforts faits par nos cousins du Canada pour conserver une langue qui leur est chère.

La première publication médicale fut le *Journal médical de Québec* paru en 1826. Il est bilingue — c'est le seul ; — tous les autres journaux seront publiés en français, et parfois on verra des journaux anglais publier des extraits dans notre langue.

Les publications se succèdent et portent des noms qui nous sont familiers : *la Lancette* (1847), *la Gazette médicale,* le *Journal médical de Québec,* l'*Union médicale du Canada* (1872). L'apparition de ce journal marque une grande date. Elle est, comme a pu le dire notre éminent ami, le professeur Albert Lesage, une œuvre de régularité et de constance.

Il nous faut encore citer l'*Abeille médicale* (1879-1882), la *Gazette médicale de Montréal, la Clinique,* la *Revue médicale du Canada,* le *Journal de Médecine et de Chirurgie, l'Indépendance médicale, l'Action médicale,* le *Journal de l'Hôtel-Dieu de Montréal* (Léo Pariseau), enfin le *Bulletin de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.*

2e Question.

Canada

Influence sociale de la presse médicale.

Le professeur Albert Le Sage (Montréal) montre que si l'action de la presse politique est éphémère, celle de la presse médicale est essentiellement durable et qu'elle grandit sans cesse avec l'œuvre qu'elle accomplit.

Au Canada, la presse médicale a joué un grand rôle dans la lutte contre les maladies infectieuses.

L'Union médicale, notamment, s'est efforcée de combattre les préjugés populaires contre la vaccination. Dans la lutte contre la mortalité infantile, contre les maladies sociales, la presse médicale canadienne française a joué un rôle de tout premier plan. Enfin, dans toutes les questions professionnelles, dans la défense du secret professionnel, elle a fait sentir son heureuse influence.

Tous les services rendus par la presse canadienne française sont de ceux dont on a le droit d'être fier. Ils méritent notre admiration, et aussi notre gratitude, car nous savons ce que la presse médicale canadienne a fait en 1914 lorsqu'il fallut venir au secours du vieux pays de France.

Italie.

Le Dr T. Oliaro, le très distingué et aimable directeur de *Minerva Medica* à Turin, montre que le régime fasciste a transformé radicalement la presse médicale italienne. Le Duce l'a considérée comme un instrument capital de la Révolution. Elle a une immense fonction sociale à remplir en formant, en instruisant, en perfectionnant le médecin praticien, en lui faisant sentir la nécessité d'inculquer les notions d'hygiène à la population.

La presse médicale a donc un devoir d'éducation professionnelle, elle doit aussi étudier toutes les questions d'hygiène, de prophylaxie, de natalité.

M. Oliaro estime que l'action de la presse médicale se-

rait renforcée et facilitée par la constitution d'une association sévère dans ses admissions et dont l'autorité jouerait à coup sûr un rôle très bienfaisant.

3e QUESTION.

L'enseignement médical dans les pays latins.

Cette troisième question a donné lieu à trois remarquables conférences de M. le professeur Hartmann (Paris), le professeur Giovanni Perez (Rome), et M. le professeur D. Danielopolu (Bucarest).

Il est impossible d'analyser ces conférences. M. Hartmann a fait un exposé très brillant et très clair de l'enseignement actuel dans nos Facultés.

M. Danielopolu a développé avec son grand talent habituel une conférence, non seulement sur l'enseignement, mais aussi sur la situation médicale en Roumanie.

Le rapport de M. G. Perez est une étude très complète de l'enseignement médical, des programmes, des examens de l'enseignement des spécialités. Il consacre un important chapitre à l'exercice de la profession, aux questions corporatives, aux syndicats, aux hôpitaux, à l'exercice des spécialités. Citons l'effort considérable fait en phtisiologie par le régime fasciste, effort auquel Léon Bernard a rendu il y a quelques années, un éclatant hommage. Citons encore la préparation impeccable de l'expédition d'Afrique orientale par le grand Castellani.

Le rapport du professeur Perez fut très instructif à bien des égards et nous fûmes heureux d'entendre le professeur Morelli, l'animateur de la lutte contre la tuberculose, apporter de nouvelles précisions à propos de ce rapport.

Communications. — Nous ne pouvons que citer quelques-unes des communications. Le professeur M. Lévi-Bianchini (Nocera inf.) exposa l'histoire de la presse psychiatrique et neurologique en Italie depuis 1800 jusqu'à nos jours.

Le Dr Nardi (Florence) parla de la presse médicale périodique en Toscane.

M. O. Carlotto (Rome), de la presse pharmaceutique dans l'ère fasciste.

M. Favara (Rome), de l'influence sociale de la presse médicale.

M. le professeur Boschi (Ferrare), des échanges médicaux.

Pour conclure pratiquement ces travaux, le Congrès émit deux vœux importants : 1° que soit rendue obligatoire l'étude du latin et du grec pour ceux qui entendent se consacrer à la médecine ; 2° que soient rendus obligatoires, pour les docteurs en médecine qui veulent assumer une fonction officielle de spécialistes, des cours de perfectionnement sanctionnés par un diplôme.

Le professeur N. Pende demanda l'adjonction d'un troisième vœu, à savoir : la nécessité de créer de grands centres orthogénétiques où les médecins travailleraient en synthèse pour l'amélioration de la race humaine.

Les réceptions et les visites.

Le professeur Giordano et ses collègues se sont multipliés pour recevoir et guider les congressistes avec la plus charmante des amabilités. Le premier jour, le président, assisté de sa fille, Mlle Giordano, de son fils, le médecin colonel Giordano, et de Mme Giordano, a offert à Danieli une fort belle soirée où nous eûmes le plaisir délicat d'entendre la grande artiste Mme Rola interpréter de la musique vénitienne.

Le lendemain, ce fut un somptueux déjeuner en l'honneur des autorités, puis l'inoubliable excursion à Murano, Burano et Torcello. Le soir, un concert sur la place Saint-Marc et les illuminations retinrent les congressistes dehors tard dans la nuit.

Enfin le dernier jour, notre cher et infatigable président, après nous avoir fait les honneurs de Querini Stampalia, nous emmena au Lido visiter l'*Hôpital maritime*, le Berck italien — dont Giordano, Putti del Itala sont les consultants, et c'est tout dire.

Conférence du professeur Pende.

Le professeur Pende (de Rome) fit une conférence dans la salle des fêtes de l'Hôpital. Il nous parla de la crise de la pensée médicale qui s'égare pour avoir perdu le sens des traditions gréco-latines, où tout est harmonie, synthèse et art.

Le Maître nous montre la nécessité de revenir à l'étude de l'homme, comme l'a demandé Danielopolu, comme le demande Georges Duhamel. L'anatomie moderne doit être vivante, et si nous parlons physiologie, il est clair que celle du chien n'est pas celle de l'homme. Aussi M. Pende fait-il un plaidoyer en faveur de l'examen complet de l'individu. Il faut habituer les étudiants à chercher les moindres détails dans leurs examens cliniques, à faire un véritable inventaire.

En terminant sa brillante conférence que j'aurais voulu pouvoir sténographier, le professeur Pende expose des vues nouvelles sur la collaboration médico-chirurgicale.

Cette conférence sera publiée à Paris, dans un des prochains numéros de la *Vie médicale*. Nous vons y renvoyons.

Le *banquet de cloture* eut lieu le 1er octobre au Royal Danieli. A l'Asti Spumante, des discours furent prononcés par le vénéré président, le sénateur Giordano, par MM. Léopold Mayer (de Bruxelles), Henri Hartmann (de Paris), Le Sage (de Montréal), Danielopolu (de Bucarest), Pierra (de Paris), el fondateur de la Fédération latine ; Tecon (de Lausane), enfin Saraval (de Venise). Les applaudissements et les acclamations montèrent vers les professeurs Giordano et Saraval, vers Pierra, organisateurs de cette magnifique démonstration de fraternité latine.

L'excursion à Postumia et aux champs de bataille. — Le lendemain, plusieurs autocars emmenèrent les congressistes à Aquileia, puis à Trieste où eurent lieu le déjeuner et la réception du Podestat. A Abbazia où était le gîte d'étape, un discours fut prononcé par le professeur Castiglioni (de Padoue).

Le samedi eut lieu la visite des célèbres et admirables grottes de Postumia, et la visite de Gorizia, S. Martino, S. Michele, du front de l'Isonzo, du cimetière de Redipuglia...

La pensée des Français en visitant les tombes de l'Isonzo se reportait invinciblement vers cette nécropole de Bligny, près de Reims, où reposent des milliers d'Italiens, héros de la grande guerre, tombés en défendant le sol de France.

F. L. S.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 octobre 1936.

Valeur pronostique du pouvoir bactéricide du sérum dans la tuberculose pulmonaire. — MM. PAUL COURMONT et H. GARDÈRE ont démontré et étudié dans de nombreux travaux, depuis sept ans, le pouvoir du sérum de certains tuberculeux d'empêcher le développement des cultures du bacille de la tuberculose.

L'étude de ce *pouvoir bactéricide in vitro* du sérum des tuberculeux (P.B.S.) les a conduits à des applications fort intéressantes pour le diagnostic et le pronostic de la tuberculose pulmonaire.

C'est une nouvelle application du concept général du « *Séro-pronostic* » de Paul Courmont.

Un premier mémoire à l'Académie, en 1929, sur la valeur pronostique du P.B.S. portait sur 37 cas ; celui-ci sur 40 cas de tuberculose pulmonaire de toutes formes : 77 cas au total.

Les résultats des deux statistiques sont tout à fait concordants. Sur ces 77 cas, la mortalité, en trois ans, a été de 50 p. 100 chez les sujets à P.B.S. nul ou faible (+ 2 et au-dessous) et seulement de 13,3 p. 100 chez les sujets à P.B.S. élevé (+ 4 et + 8), soit près de quatre fois plus faible.

L'élévation du P.B.S. chez les tuberculeux a donc, non seulement la valeur d'un *symptôme* de l'infection tuberculeuse et d'une indication *pronostique*, mais d'un *signe* de *résistance* du malade à l'infection : le pouvoir bactéricide semble à la fois un témoin et un des facteurs de cette résistance de l'organisme à l'infection bacillaire.

Vaccination contre la fièvre jaune. — M. C. MATHIS apporte les résultats de 450 vaccinations antiamariles, effectuées à l'Institut Pasteur de Dakar, au cours de ces derniers mois, avec le nouveau vaccin du Dr J. Laigret.

Nous étions déjà redevables à MM. Sellards et Laigret d'un vaccin dit phosphaté auquel on reprochait de provoquer parfois des réactions nerveuses assez intenses. De plus, cette méthode comportait l'emploi de trois doses d'activité croissante, chacune devant être pratiquée à vingt jours d'intervalle. La vaccination complète demandait donc quarante jours.

Un perfectionnement considérable a été apporté par M. Laigret, lorsqu'il a incorporé son vaccin dans le jaune d'œuf.

Lesjgzrines contenus dans le mélange ne sont mis en liberté que lentement et au fur et à mesure que les corpuscules de jaune d'œuf sont phagocytés. Il en résulte que l'immunisation de l'organisme par production d'anticorps se fait en même temps que l'infection.

Ainsi sont évitées les réactions brutales et parfois très vives consécutives à une absorption trop rapide du virus mis en suspension aqueuse.

Avec le vaccin à l'œuf, chez les personnes vaccinées, 60 p. 100 ne font aucune réaction, bien qu'elles soient immunisées, 10 p. 100 seulement réagissent d'une façon modérée.

Le cholestérol et l'antigène méthylique associés dans le traitement de la tuberculose. — M. FERNAND BARBARY, de Nice, a eu l'idée d'associer au cholestérol l'antigène méthylique tuberculeux pour obtenir un milieu de résistance une immunité artificielle pour la tuberculose. L'ensemble des faits présentés à l'Académie prouve qu'en s'engageant dans la voie qu'il a tracée, on peut garder l'espoir de procurer un moyen de défense aux victimes d'une maladie contre laquelle n'existe pas de remède spécifique.

Mortalité des enfants de cinq à quinze ans. — MM. A. LOIR et H. LEGAGNEUX, du Havre.

M. LESAGE dépose son rapport sur les *Travaux concernant le Service de l'hygiène de l'enfance.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 23 octobre 1936.

Hypofonctionnement préhypophysaire dans des cas de maigreur. — MM. PR. MERKLEN, MAX ARON, L. ISRAEL et A. JACOB avaient déjà observé que la préhypophyse est en hyperfonctionnement chez divers obèses. A l'inverse ils l'ont notée en hypofonction chez plusieurs sujets maigres, surtout du sexe féminin. Ils se sont servis du test de l'un d'eux, qui décèle les effets de la gonado et de la thyréostimuline contenues dans l'urine sur l'ovaire et la thyroïde du cobaye. La diminution ou l'absence de stimulation thyro-ovarienne a été vue chez douze malades sur treize. Certaines des femmes en cause avaient maigri après s'être soumises à des régimes restrictifs pour des raisons purement esthétiques à leurs yeux ; elles ne purent par la suite regagner un poids trop largement perdu, tandis que se dessinait parfois de l'aménorrhée, peut-être attribuable au défaut d'activité préhypophysaire.

Compression du bulbe rachidien par malformation de l'atlas. — M. APERT relate un cas de malformation de l'atlas avec soudure de cet os à l'occipital et pénétration de l'apophyse odontoïde dans le trou occipital. Cette malformation n'a causé aucun trouble jusqu'à l'adolescence ; mais quand les parties malformées ont achevé leur ossification, des accidents dus à la compression progressive du bulbe ont apparu et ont abouti à la mort.

Érythrémie essentielle peu influencée par la téléræntgenthérapie totale, rapidement améliorée par le chlorhydrate de phénylhydrazine. — MM. L. BÉTHOUX et J. MARCOULIDÈS (Grenoble) rapportent un cas d'érythrémie essentielle avec 8 000 000 de globules rouges dans lequel, après un échec relatif de la téléræntgenthérapie (chute globulaire de 1 million), le traitement par la phénylhydrazine fit tomber en quelques jours le chiffre des globules à 5 300 000 en même temps que s'amélioraient les signes cliniques.

Traitement de la méningite cérébro-spinale par le jaune d'acridine. — M. ESCHBACH (Bourges).

Cancer primitif du poumon avec infarctus. — M. MONGES (Marseille).

Syndrome cérébello-spasmodique durable survenu après un coma toxique cianhydrique. — MM. NOEL FIESSINGER, M. DUVOIR et GEORGES BOUDIN rapportent l'observation d'un jeune homme de dix-huit ans qui, après avoir manipulé du cyanure de potassium et avoir respiré les vapeurs d'acide cyanhydrique, tomba dans un coma profond avec abolition des réflexes tendineux, durant lequel une saignée permit de constater l'aspect rutilant du sang veineux. En trois jours, ce malade sort de son coma, mais on voit s'organiser un syndrome cérébello-spasmodique : voix scandée, dysmétrie, adiadococinésie, titubation ébrieuse, diminution de la force segmentaire, nystag

mus. Quatorze mois plus tard, ce syndrome a beaucoup diminué, disparition de la titubation, légère dysmétrie et adiadococinésie, disparition du nystagmus.

En s'appuyant sur des faits cliniques et expérimentaux, les auteurs attribuent ce syndrome à une transsudation cérébrale séreuse ou hémorragique qui a laissé comme séquelle une cicatrice pyramido-cérébelleuse. Ils rapprochent les accidents des syndromes oxycarbonés où l'on peut, de même, invoquer des raptus vasomoteurs sous l'effet des phénomènes réactionnels, visant à compenser « l'asphyxie cellulaire ».

M. DUVOIR rappelle que dans deux cas d'intoxication par l'acide cyanhydrique on a trouvé d'importantes lésions nerveuses ; dans d'autres cas les symptômes classiques rappelaient la sclérose en plaques. Dans les intoxications oxycarbonées, les lésions nerveuses ont un caractère plus diffus.

M. FLANDIN rappelle les nombreuses expériences sur l'acide cyanhydrique faites pendant la guerre. L'inhalation produit une intoxication aiguë avec véritable blocage de l'hémoglobine et congestion de tous les viscères. Les intoxications légères peuvent produire des troubles nerveux.

M. COMBY souligne l'analogie entre intoxication cyanhydrique et intoxication oxycarbonée ; il rappelle la possibilité d'une encéphalite consécutive à une intoxication.

M. MILIAN rappelle qu'avec le cyanure de mercure on observe de véritables accès de dyspnée bulbaire avec angoisse. L'injection d'arsénobenzol produit une rutilance du sang comme dans l'observation de M. Fiessinger : or elle peut produire des accidents encéphaliques désignés sous le nom d'apoplexie séreuse.

M. PARAF a observé chez un ouvrier travaillant dans une usine de cellophane un syndrome transitoire de sclérose en plaques.

M. DUVOIR souligne que la rutilance du sang dans l'intoxication cyanhydrique est due à ce fait que les tissus ne peuvent plus absorber d'oxygène.

M. RIST demande si l'industrie incriminée (fabrication d'insecticides) est considérée comme insalubre.

M. DUVOIR répond que les accidents sont rares : il s'agit d'accidents du travail et non de maladie professionnelle.

M. FLANDIN souligne l'importance de l'air confiné dans l'intoxication par l'acide cyanhydrique ; les accidents toxiques peuvent être extrêmement passagers.

Contribution à l'étude du déterminisme de l'opsiurie chez les cirrhotiques. — MM. NOEL FIESSINGER, A. GAJDOS et E. PANAYOTOPOULOS, dans le but d'étudier le mode de traversée de l'eau chez les cirrhotiques qui présentent un retard évident de l'élimination urinaire, ont accumulé toute une série de critères : densité des hématies et dt l'hémoglobine, sédimentation globulaire, réfractométrié et conductivité électrique du sérum, dosage du chlore ee de la bilirubine plasmatique. Nos sujets, après absorption d'un litre d'eau, ont été étudiés, au point de vue sanguin, dans la demi-heure qui suit l'ingestion de liquide. Chez le sujet normal, on n'observe pas une modification notable de ces tests, peut-être en raison de la constante et de la précocité de la diurèse. Chez les opsiuriques, cirrhotiques ou ictériques, la dilution du plasma modifie peu la conductivité électrique, la réfractométrie et la sédimentation, mais se manifeste d'une façon incontestable par une baisse de la bilirubinémie et de la chlorémie plasmatique. On peut conclure de ces recherches : tandis que le sujet normal régularise son équilibre humoral avec ses reins, les malades opsiuriques obtiennent moins rapidement le même effet avec leurs tissus. Ils sont opsiuriques, non par trouble de l'absorption digestive, mais par intervention d'une fixation tissulaire.

M. BRULÉ montre que ces rétentions hydriques, qui s'observent aussi bien dans les ictères que dans les cirrhoses, dépendent de l'hépatite et non de l'hypertension portale.

M. VILLARET a toujours soutenu avec Gilbert que ces phénomènes s'observaient dans toutes les lésions du foie et même en cas de troubles fonctionnels. Les troubles de l'élimination de l'eau peuvent avoir une origine multiple. Normalement existe un barrage hépato-portal qui fait que lorsqu'une trop grande proportion d'eau est absorbée, elle s'accumule dans l'abdomen jusqu'au moment où le foie lui permet de gagner la circulation générale.

M. DECOURT souligne que les manifestations de l'hydrémie sont plus appréciables au niveau des globules qu'au niveau du plasma.

M. GILBERT DREYFUS rappelle ses recherches sur le test d'Aldrich et MacClure qui montre l'importance du facteur tissulaire.

Un cas d'échinococcose alvéolaire du foie. — MM. NOEL FIESSINGER, A. BERGERET et R. DUPUY rapportent un cas d'échinococcose alvéolaire du foie chez un sujet habitant Paris depuis une longue période et n'ayant jamais séjourné dans une région où l'échinococcose alvéolaire soit connue. Cette affection, débutant par un ictère par obstruction, d'une durée de deux mois, se traduisit, comme seul symptôme, pendant longtemps, par une hépatomégalie volumineuse sans ascite et sans circulation collatérale. Une ponction dans ce foie, retirant un liquide aseptique et légèrement coloré par de la bile, permit de délimiter sous contrôle radiologique, grâce à l'injection bilipiodolée, une cavité centrale de trois litres environ. A l'occasion du drainage chirurgical, on put prélever un fragment de paroi de la poche où l'examen histologique décela l'existence d'une échinococcose alvéolaire typique. Il s'agit du troisième cas observé dans la région parisienne, les deux premiers ont été recueillis par Lœper et Garcin d'une part, et par Wilmoth de l'autre.

Un cas mortel de septicémie à Diplococcus crassus avec endocardite. — MM. MOREAU, LANGLE, FORT et MOREL soulignent le caractère exceptionnel de cette observation dans laquelle la septicémie se compliquait d'endocardite.

JEAN LEREBOULLET.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 14 octobre 1936.

M. ROUVILLOIS, président, fait part aux membres de l'Académie du décès de M. Frazier et de sir Berkley Moyniham.

Scepticо-pyohémie à staphylocoque. — M. DESPLAS rapporte une observation de M. BRÉHANT concernant une scepticémie consécutive à un phlegmon de l'avant-bras et qui guérit à la suite d'injections intraveineuses de

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

bactériophage (5 centimètres cubes de bactériophage en milieu non peptoné dilués dans 200 centimètres cubes de sang). Un mois et demi après, survint cependant, un phlegmon périnéphrétique qui guérit sans incident.

Invagination de l'appendice avec mucocèle enkysté. — M. DESPLAS rapporte cette autre observation de M. YOVANOVITCH qui est la seconde connue. L'appendice fut enlevé par cæcotomie ; guérison.

Traitement des gangrènes des membres inférieurs. — M. MOURE analyse une observation de MM. STOIAN et COSTESCO et expose leur méthode d'extirpation unilatérale du sympathique lombaire par laparotomie médiane.

Nécrose des maxillaires consécutive à la curiethérapie interne. — M. L. BAZY rapporte un intéressant travail de M. DECHAUME consacré aux radio-nécroses thérapeutiques ; il rappelle les premiers cas observés chez les peintres de cadrans lumineux et présente de fort belles radiographies montrant la progression des lésions. Le comportent des divers organismes est imprévisible, comme est imprévisible la dose limite de sels radio-actifs. M. BAZY signale ensuite le rôle de l'ergostérol irradié sur l'élimination des sels radio-actifs.

M. MOULONGUET montre combien il est difficile d'affirmer le rôle de la radioactivité dans les nécroses des maxillaires.

Pour M. BÉCLÈRE, au contraire, les sels radio-actifs devraient être purement et simplement interdits.

Cellulo-dermites récidivantes inguino-crurales. — M. MOUCHET en rapporte une observation fort démonstrative de MM. DUPAS, DAYDE et SOUBIGOU.

Gangrène de la main consécutive à une lymphangite. — M. MÉTIVET communique cette observation qui, pour lui, reste mystérieuse, car la piqûre siégeait au bord interne et la gangrène au bord externe.

Anus sous-angulo-colique gauche. — M. ROUHIER en montre les nombreux avantages.

Analgésie complémentaire au cours de l'anesthésie locale. — M. J.-C. BLOCH utilise à cette fin un mélange dû à MM. ROLLAND et VIEILLEFOSSE et dérivé du mélange de Kirshner et comprenant scopolamine, morphine, narcotine, éphédrine. M. Bloch expose ses recherches expérimentales et montre les grands avantages de la méthode.

HENRI REDON.

NOUVELLES

Circulaire relative au choix et à la rémunération des médecins des hôpitaux et des hospices, envoyée par le ministre de la Santé publique à MM. les préfets. — J'ai l'honneur d'appeler de façon toute particulière votre attention sur la décision en date du 21 février 1936 par laquelle le Conseil d'Etat, statuant au contentieux (affaire société « Les Armateurs français » C/Dr Dufour), a déclaré illégale une délibération de la commission administrative des hospices de La Rochelle autorisant le corps médical hospitalier à réclamer directement des honoraires aux malades payants.

Prenant en considération le caractère d'établissement public des hôpitaux et hospices et, par suite, la qualité spéciale des médecins qui y sont attachés, le Conseil d'Etat a estimé que l'entente directe ne saurait être tolérée entre les praticiens et les malades usagers d'un service public, quels que soient le titre auquel les malades y sont admis et le montant du prix de journée perçu.

Je vous serais obligé de vouloir bien notifier cette décision aux commissions administratives des hôpitaux et hospices de votre département et de les inviter expressément à se reporter au règlement modèle des hôpitaux et hospices qui a fait l'objet de la circulaire du 31 mars 1926, en leur suggérant de s'en inspirer pour fixer immédiatement, d'une part, les tarifs de remboursement des malades payants et, d'autre part, le mode de rémunération des médecins.

Cette façon de procéder n'est d'ailleurs pas incompatible avec la conception du libre choix, et je considère que, dans toute la mesure du possible et partout où les circonstances matérielles le permettront, le principe de la liberté du malade de choisir son médecin doit être respectée, ce choix pouvant éventuellement être limité à une liste de praticiens offrant les garanties techniques et morales désirables, établie par la commission administrative, avec la collaboration éventuelle des syndicats médicaux.

Cette façon de procéder me paraît également devoir obligatoirement s'imposer aux hospices, cliniques ou maisons de santé édifiés avec le concours financier des l'Etat, des départements et des communes.

Il ne saurait en effet être admis, comme cela s'est produit en certaines circonstances, que de véritables cliniques privées soient édifiées avec des fonds publics.

J'estime, en conséquence, que, dans tous les hôpitaux, hospices, sanatoriums, établissements de cure, créés par des sociétés ou associations d'utilité publique, dont le premier établissement a été subventionné par l'Etat ou couvert par des avances fournies par l'Etat, les communes, les départements, ou garanti par eux, deux méthodes d'exploitation seulement sont à envisager.

Les malades peuvent y être reçus au prix de journée, les soins médicaux et produits pharmaceutiques, les actes médicaux et chirurgicaux constituant une sorte de forfait compris dans le prix de journée.

Il est alors loisible à l'établissement de limiter les interventions médicales ou chirurgicales au seul personnel qui lui est attaché.

Si, au contraire, les actes médicaux, chirurgicaux et certains soins spéciaux comportent une rémunération à l'acte médical, les rapports financiers directs entre les praticiens et les malades doivent être rigoureusement interdits.

Conformément à la décision du Conseil d'Etat, la rémunération des actes médicaux doit être assurée par l'établissement, suivant des tarifs dressés par la commission administrative, après avis, s'il y a lieu, des syndicats médicaux, compte tenu, dans la plus large mesure, des tarifs similaires appliqués pour les assurances sociales ; mais il ne peut alors être question d'un monopole accordé

NOUVELLES *(Suite)*

à un très petit nombre de chirurgiens ou de médecins attachés à l'établissement.

Si la liberté totale ne peut être laissée aux malades d'introduire dans l'hôpital tel ou tel praticien qui ne présenterait pas de garanties suffisantes, il est indispensable que ce choix puisse se porter sur une liste suffisamment étendue, dressée, elle aussi, après consultation des syndicats médicaux et dont le caractère soit tel que, comme je l'ai indiqué ci-dessus, un établissement construit avec des fonds publics ne puisse être exposé aux reproches d'avoir pour objectif la sauvegarde de certains intérêts particuliers.

HENRI SELLIER.

L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris. — Le Comité de l'*Association corporative des étudiants en médecine de Paris* adresse, en ce début d'année scolaire, un pressant appel aux médecins ayant des fils étudiants en médecine à Paris et leur demande de les faire inscrire à l'*Association corporative* comme membres actifs.

Le jeune étudiant peut, en arrivant au Quartier Latin, ignorer quelle est l'association utile pour celui qui a l'intention de faire des études sérieuses et vraiment médicales ; il peut également ignorer les services rendus par l'*Association corporative* à la cause de la profession médicale : et ceux-ci ne sont pas des moindres.

Mais le praticien qui se tient au contact de ses associations professionnelles et qui lit les journaux médicaux, n'ignore pas le rôle joué par l'*Association corporative des étudiants en médecine de Paris* dans les campagnes tenaces menées depuis la guerre pour la réforme des études médicales et contre l'invasion médicale étrangère.

Le praticien n'ignore pas que le grade de médecin auxiliaire dans l'armée, qui devait disparaître en 1933, a été maintené grâce aux incessantes interventions de l'*Association corporative*.

Tous les médecins français savent que c'est l'*Association corporative* qui, la première, a jeté le cri d'alarme en 1935 contre l'ébauche du projet de loi Pomaret ; ils savent aussi avec quel verdeur de termes l'*Association corporative* a dénoncé en juin 1936 dans la presse, dans les milieux médicaux et dans les couloirs du Parlement l'ébauche du dit projet devenue la proposition de loi Pomaret.

Les médecins savent enfin que, de tout temps, l'*Association corporative* s'est essentiellement préoccupée, dans ce qu'on peut appeler sa politique intérieure, de la formation médicale de ses adhérents ; à cet effet elle dirige ceux-ci sur les services hospitaliers où elle compte des amis dans le personnel enseignant, et elle organise à leur intention des conférences très suivies pour la préparation de l'externat et de l'internat des hôpitaux.

Il sera donc facile aux médecins, dans un but de juste camaraderie, d'envoyer leurs fils à l'*Association corporative des étudiants en médecine de Paris*, où ceux-ci trouveront, parmi les *anciens*, des camarades prêts à les guider dans leurs études.

Prière de s'adresser au siège social, 8, rue Dante, Paris (Ve).

Cours supérieur de gynécologie. Chaire de clinique gynécologique. Hôpital Broca (111, rue Broca), professeur : M. Pierre MOCQUOT). — M. le professeur Pierre Mocquot, assisté de M. R.-C. Monod, chirurgien des hôpitaux ; M. R. Palmer, chef des travaux de gynécologie ; M. Guillot, chef de clinique gynécologique ; M. M. Parat, chef du laboratoire ; M. R. Moricard, attaché médical ; MM. P. Lejeune, J. Longuet et Mlle Wolff, fera ce cours du mardi 3 novembre au samedi 28 novembre 1936, avec la collaboration de MM. Cl. Béclere et L. Bonnet, anciens chefs de clinique gynécologique ; Mallet, électro-radiologiste des hôpitaux ; Pulsford, assistant d'électro-radiologie des hôpitaux.

Ce cours s'adresse aux médecins et aux chirurgiens désirant être mis au courant de l'état actuel de la gynécologie médico-chirurgicale.

Début le mardi 3 *novembre* 1936, *à* 10 *heures*. — *a*) Les matins, de 9 h. 30 à 12 h. 30.

1° A 9 h. 30 un exposé technique, autant que possible en rapport avec une opération du jour et passant en revue le mode d'action, les indications, les accidents possibles et le moyen de les éviter : Laparotomie médiane. Incision de Pfannenstiel. Colpotomie postérieure. Ligamentopexies. Périnéorraphies. Opérations combinées pour prolapsus. Cloisonnement du vagin. Amputations du col utérin. Hystérectomie subtotale. Hystérectomie totale. Hystérectomie élargie pour cancer du col. Hystérectomies pour salpingite. Salpingectomie, résections de l'ovaire, castration unilatérale. Myomectomies. Hystérectomie fundique. Autogreffes ovariennes. Résection du nerf présacré et énervation de l'ovaire. Hystérectomie vaginale. Drainage pelvien. Curettage. Electro-coagulaious. Applicatious de diathermie ou d'ondes courtes, etc., ou une conférence c inique à propos d'une malade ou sur un sujet d'actualité (Les hydrosalpinx par Cl. Béclère, les acquisitions récentes sur le traitement du cancer du sein par M. R.-C. Monod, etc.)

2° A 10 heures : Opérations. — Luudi, mercredi, vendredi, par le professeur Mocquot.

Mardi, jeudi, par les assistants.

Consultations. — Consultation spéciale par le professeur Mocquot, le mardi.

Consultation de gynécologie : le lundi, par le Dr Moricard ; le mercredi, par Mlle le Dr Wolff ; le vendredi, par le Dr Palmer.

Consultation d'endocrinologie gynécologique par le Dr Moricard, le jeudi.

Consultation de stérilité par les Drs Palmer et Lejeune, le vendredi.

Examen des malades hospitalisées. — Le jeudi et le samedi, par le professeur Mocquot ; le lundi et le mercredi, par le Dr Palmer.

3° A 11 heures : Leçon clinique par M. le professeur Mocquot, le samedi (l'une d'elles sera consacrée aux cancers de l'ovaire, une autre aux compiications veineuses des opérations gynécologiques).

Hystéroscopies, biopsies intra-utérines, hystérotonométries par le Dr Palmer, le lundi (elles seront précédées d'un exposé le 9 novembre sur la technique de l'hystéroscopie, le 16 novembre sur les biopsies intra-utérines, le 23 novembre sur l'hystérotonométrie).

Projections commentées des coupes histologiques de la semaine par le Dr Parat, le mardi (ces projections seront précédées d'exposés, le 3 novembre sur la manière de fixer les biopsies, le 10 novembre sur l'interprétation

NOUVELLES *(Suite)*

des biopsies du col utérin, le 24 novembre sur l'examen histologique extemporané, en particulier pour les lésions des annexes).

Hystéro-salpingographies par le Dr Lejeune, le mercredi (elles seront précédées, le 4 novembre d'un exposé sur la technique et les contre-indications, le 11 novembre, de la présentation d'une série des clichés les plus caractéristiques).

Applications de radium par le Dr Mallet, le jeudi (elles seront précédées d'exposés : le 5 novembre, sur les principes généraux de curiethérapie, le 12 novembre sur la curiethérapie des cancers vulvo-vaginaux, le 19 novembre sur la radiothérapie du cancer du col utérin, le 26 novembre sur la radiothérapie des récidives et des métastases des cancers du sein).

Insufflations tubaires par les Drs Palmer et Lejeune, le vendredi (elles seront précédées, le 6 novembre, d'un exposé sur les indications et la technique avec les appareils de Douay et de Riazi, le 13 novembre d'un exposé du Dr Bonnet sur l'utilisation de l'appareil de Rubin).

Diathermo-coagulations et applications de diathermie par le Dr Lejeune, les mardis, jeudis, samedis.

Applications d'ondes courtes par le Dr Pulsford, les mardis, jeudis, samedis.

Titrages hormonaux sur la souris et la lapine par le Dr Moricard.

COURS SUR L'ÉTAT ACTUEL DU DIAGNOSTIC ET DE LA THÉRAPEUTIQUE DES AFFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES. — *b*) Les après-midi à 17 heures.

Mardi 3 *novembre*. — M. Palmer : Méthodes d'exploration.

Mercredi 4 *novembre*. — M. Moricard : Physiologie génitale ; cycle menstruel ; hormones de l'ovaire et de l'antéhypophyse.

Jeudi 5 novembre. — M. Palmer : Déviations utérines ; anomalies utérines et vaginales.

Vendredi 6 *novembre*. — M. Longuet : Déchirures périnéales ; prolapsus génitaux.

Samedi 7 *novembre*. — M. Lejeune : Avortement et accidents consécutifs.

Lundi 9 *novembre*. — M. Palmer : Blennorragie ; métrite cervicale.

Mardi 10 *novembre*. — M. Palmer : Salpingo-ovarites et paramétrites.

Mercredi 11 *novembre*. — M. Moricard : Eliminations hormonales ; applications diagnostiques.

Jeudi 12 *novembre*. — M. Palmer : Les grossesses extra-utérines et les hémopéritoines génitaux.

Vendredi 13 *novembre*. — M. Longuet : Abcès pelviens et péritonites d'origine génitale.

Samedi 14 *novembre*. — M. Guillot : Cancer du corps utérin ; tumeurs utérines d'origine placentaire.

Lundi 16 *novembre*. — M. Palmer : Fibromyomes de l'utérus ; polypes fibreux.

Mardi 17 *novembre*. — M. Palmer : Cancers du col utérin.

Mercredi 18 *novembre*. — M. Moricard : Troubles de la castration et de la ménopause.

Jeudi 19 *novembre*. — M. Longuet : Tuberculose utéro-annexielle.

Vendredi 20 *novembre*. — M. Moricard : Dystrophies utérines, ovariennes et mammaires à déterminisme hormonal.

Samedi 21 *novembre*. — M. Guillot : Kystes de l'ovaire et du ligament large.

Lundi 23 *novembre*. — M. Palmer : Diagnostic et traitement des leucorrhées.

Mardi 24 *novembre*. — M. Guillot : Complications urinaires des opérations gynécologiques.

Mercredi 25 *novembre*. — M. Lejeune : Diagnostic et traitement des stérilités.

Jeudi 26 *novembre*. — M. Palmer : Diagnostic et traitement des metrorragies.

Vendredi 27 *novembre*. — M. Moricard : Hormonothérapie.

Samedi 28 *novembre*. — M. Palmer : Diagnostic et traitement des phénomènes douloureux.

Droits d'inscription : 250 francs.

S'inscrire à la Faculté de Médecine au Secrétariat, les Lundis, Mercredis et Vendredis (Guichet no 4. de 14 à 16 heures) ; ou bien tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le Samedi), à la Salle Béclard (A. D. R. M.)

Amphithéâtre d'anatomie (M. le Dr Maurice ROBINEAU, directeur des travaux scientifiques). — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie de pratique courante), en dix leçons, par M. le Dr J.-C. Rudler, prosecteur, a commencé le lundi 26 octobre 1934, à 14 heures, et se continue les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 francs.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

PROGRAMME DU COURS. — I. Chirurgie courante de la main : traitement des panaris, des phlegmons de la main ; sutures tendineuses ; amputations de phalanges et de doigts.

Les assistants répéteront : les incisions de drainage des panaris et phlegmons de la main, les sutures tendineuses des extenseurs et des fléchisseurs, les amputations des doigts.

II. Chirurgie des parois thoraciques : résection costale, pleurotomie ; ablation du sein pour cancer (opération de Halsted).

Les assistants répéteront : la pleurotomie avec résection costale, l'incision sous-mammaire, l'opération de Halsted.

III. Chirurgie des parois abdominales : hernies inguinale, crurale, ombilicale.

Les assistants répéteront : la cure opératoire des hernies inguinale, crurale, ombilicale.

IV. Chirurgie du tube digestif : gastrostomie, gastro-entérostomie.

Les assistants répéteront : la gastrostomie, la gastro-entérostomie.

V. Chirurgie du tube digestif : appendicectomie, anus contre nature. Généralités sur les sutures intestinales ; la suture bord à bord.

Les assistants répéteront : l'appendicectomie, l'anus cæcal et l'anus iliaque gauche, les sutures intestinales.

VI. Chirurgie de la vésicule biliaire : cholécystostomie, cholécystectomie.

NOUVELLES *(Suite)*

Les assistants répéteront : la cholécystectomie, la cholécystostomie.

VII. Chirurgie de l'appareil génital de la femme : hystéropexie, colpopérinéorraphie. Colpotomie.

Les assistants répéteront : l'hystéropexie, la colpopérinéorraphie, la colpotomie.

VIII. Chirurgie de l'appareil génital de la femme : hystérectomie subtotale et totale. Castration unilatérale.

Les assistants répéteront : la castration unilatérale, l'hystérectomie.

IX. Chirurgie de l'appareil génital de l'homme : opérations sur le testicule et ses annexes (hydrocèle, épididymectomie, castration).

Les assistants répéteront : le retournement de la vaginale, l'épididymectomie, la castration.

X. Chirurgie du rein : néphropexie, néphrostomie, pyélostomie, néphrectomie.

Chirurgie vésicale : la cystostomie sus-pubienne.

Les assistants répéteront : la néphrostomie, la néphropexie, la pyélostomie, la néphrectomie, la cystostomie.

Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques (hôpital Saint-Louis). — M. le professeur H. GOUGEROT, médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera ses cliniques le mercredi 4 novembre 1936, à 21 h. 30, à la consultation de la Porte, et les continuera les mardis matin, à 11 heures, à l'amphithéâtre Louis Brocq de la clinique et les mercredis soir, à 21 h. 30, à la consultation de la Porte.

Traitement de la syphilis et l'indispensable en syphiligraphie (avec présentation de malades et de moulages, projections).

Mercredi 4 *novembre* 1936. — État actuel de l'arsénothérapie : indications et contre-indications.

Mardi 10 *novembre.* — Arsénothérapie, état actuel des médicaments, doses et mode d'emploi, discussion des voies veineuse et musculaire.

Mardi 17 *novembre.* — Les principales techniques actuelles des traitements arsenicaux.

Mercredi 18 *novembre.* — Arsénothérapie ; accidents immédiats ; crises nitritoïdes, faciales et viscérales ; nouvelles données prophylactiques et thérapeutiques.

Mardi 24 *novembre.* — Arsénothérapie prophylaxie et traitement des accidents précoces, apoplexie séreuse, érythèmes biotropiques, accidents tardifs, viscérorécidives.

Mercredi 25 *novembre.* — Arsénothérapie : accidents tardifs ; érythrodermie, anaphylaxie arsenicale, nouvelles données thérapeutiques et prophylactiques.

Mardi 1er *décembre.* — État actuel de la bismuthothérapie ; indications et contre-indications, accidents et anaphylaxie bismuthiques.

Mercredi 2 *décembre.* — Conduite des traitements bismuthiques ; produits, doses techniques, etc.

Mardi 8 *décembre.* — État actuel des traitements mercuriels ; indications et contre-indications ; accidents et leur prévention.

Mercredi 9 *décembre.* — Traitements mercuriels, produits, doses, techniques.

Mardi 15 *décembre.* — Traitements prophylactiques avant le chancre. Échecs et syphilis primaires retardées.

Mercredi 16 *décembre.* — Poly-intolérants, arséno-résistants et arséno-récidivants ; pathogénie et traitement, les nouveaux antisyphilitiques : zinc, or, cadmium, etc

Mardi 22 *décembre.* — Notions nouvelles sur le chancre syphilitique : périodes pré et post-humorales ; syphilis sans chancre, notions nouvelles et conséquences pratiques et thérapeutiques.

Mercredi 6 *janvier* 1937. — Traitements d'attaque de la syphilis, les techniques actuelles.

Mardi 12 *janvier.* — Notions nouvelles sur la syphilis secondaire : syphilis secondaires retardées. Traitements

Mercredi 13 *janvier.* — Syphilis latentes récentes : surveillance et traitement.

Mardi 19 *janvier.* — Notions nouvelles sur les syphilis tertiaires : traitements. Indications et contre-indications de l'iodure et des iodiques.

Mercredi 20 *janvier.* — Syphilis latentes anciennes : surveillance et traitement. La syphilis guérit-elle ? Discussion des critères. Protéino-pronostic et protéinothérapie. Syphilis et cancer.

Mardi 26 *janvier.* — Notions nouvelles sur les syphilis viscérales.

Mercredi 27 *janvier.* — Syphilis ostéo-articulaires : notions nouvelles ; les hybrides de syphilis, gonococcie, tuberculose, goutte.

Mardi 2 *février.* — Syphilis nerveuses : traitements prophylactiques, la ponction lombaire, les techniques et interprétations des résultats.

Mercredi 3 *février.* — Traitements des syphilis nerveuses.

Mardi 9 *février.* — Hérédosyphilis ; notions nouvelles ; éveils, etc.

Mercredi 10 *février.* — Traitement prophylactique de l'hérédo-syphilis avant la procréation, pendant la grossesse, après la naissance.

Mardi 16 *février.* — Traitement des hérédo-syphilitiques. Pronostic de l'hérédo-syphilis.

Mercredi 17 *février.* — Allaitement des hérédo-syphilitiques : nourrices et syphilis.

Mercredi 24 *février.* — Mariage des syphilitiques acquis et héréditaires ; discussion des conditions ; certificat médical prématrimonial.

Mercredi 3 *mars.* — Séro-réaction de Bordet-Wassermann : discussion des meilleures techniques et discussion des Bordet-Wassermann positifs.

Mercredi 10 *mars.* — Séro-réaction de Bordet-Wassermann : interprétation des Bordet-Wassermann négatifs, les causes d'erreurs, les imperfections et paradoxes du Bordet-Wassermann.

Mercredi 17 *mars.* — Adénites chancrelleuses, formes nouvelles et maladie de Nicolas-Favre : leurs traitements.

HORAIRE DE LA CLINIQUE. — *Les mardis* : Consultation de la Porte, à 9 heures ; présentation des malades, à 9 h. 30 ; leçon clinique, à 11 heures, à l'amphithéâtre (à partir du 10 novembre).

Les mercredis (*matin*) : Physiothérapie et petites opérations, à 9 heures, salles Dominici (pavillon Bazin).

Visite dans les salles du pavillon Bazin, à 10 heures.

Les mercredis (*soir*) : A la consultation de la Porte, policlinique, à 20 h. 30 (à partir du 7 octobre) et leçon pratique, à 21 h. 30 (à partir du 4 novembre).

Les jeudis indiqués ci-dessous : Études de question d'actualité par des spécialistes de chaque question, à l'am-

NOUVELLES *(Suite)*

phithéâtre de la clinique, à 10 heures (à partir du 3 décembre).

Les vendredis : Policlinique par le professeur, au nouveau dispensaire de la Faculté, à 10 heures (à partir du 2 octobre).

Les jeudis de la clinique Saint-Louis (fondés sous le patronage de L. Brocq. huitième année), amphithéâtre A. Fournier de la clinique, à 10 heures. M. R. Sabouraud les inaugurera le 26 décembre : Les classifications des malologiques.

Ils continueront aux dates suivantes : 3 *Décembre* 1936. — Professeur Nanta, de Toulouse : Histiocytoses (pseudoleucémies syphilitiques).

17 *Décembre.* — Professeur Paulian, de Bucarest : Formes nouvelles de syphilis nerveuses.

7 *Janvier* 1937. — M. Touraine, médecin de l'hôpital Saint-Louis : Syphilis et cancer.

21 *Janvier.* — Professeur Margarot, de Montpellier : Pelade de la région occipitale et syndromes sympathiques cervicaux postérieurs.

28 *Janvier.* — M. Costes, agrégé, médecin des hôpitaux : Notions nouvelles sur les syphilis articulaires.

18 *Février.* — M. Weissenbach, médecin de l'hôpital Saint-Louis : Rhumatisme psoriasique.

22 *Avril.* — Professeur Joyeux, de Marseille: Les manifestations cutanées des leishmanioses viscérales.

29 *Avril.* — M. Duhé, chef de laboratoire : Les nouvelles mycoses.

27 *Mai.* — Professeur Favre, de Lyon : Les syphilis musculaires.

3 *Juin.* — M. Raymond Barthélemy, ancien chef de clinique : L'acnitis de Barthélemy.

17 *Juin.* — M. Paul Blum, assistant : Syphilis de l'ovaire.

24 *Juin.* — M. Girardeau, chef du service de radiologie de la clinique : Physiothérapie indirecte des dermatoses.

1er *Juillet.* — M. Jean Meyer, chef du service de physiothérapie de la clinique : Physiothérapie des staphylococcies cutanées.

Clinique médicale des enfants (hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres). Professeur : M. Nobécourt. — M. Nobécourt commencera le cours de clinique médicale des enfants, le mercredi 4 novembre 1936, à 9 heures.

Programme de l'enseignement. — *Tous les matins*, à 9 heures : Enseignement clinique dans les salles, par le professeur.

Lundi et *jeudi*, à 10 heures : Policlinique par le professeur.

Mardi, à 10 h. 30 : Leçon de médecine et thérapeutique des enfants, par les chefs de clinique et de laboratoire.

Mercredi, à 10 h. 30 : Conférence sur les affections d'origine alimentaire, par M. Jean Cathala, agrégé.

Vendredi, à 10 h. 30 : Leçon de dermatologie, par M. Léon Tixier, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Samedi, à 10 heures : Cours de clinique, par le professeur (première leçon le 14 novembre).

Clinique de chirurgie orthopédique de l'adulte (hôpital Cochin). Professeur : M. Paul Mathieu. — M. le professeur Paul Mathieu commencera son cours le mercredi 4 novembre 1936, à 11 heures, à l'hôpital Cochin, et le continuera les vendredis et mercredis matin suivants

Programme de l'enseignement. — Lundi : Opérations. Leçon clinique élémentaire.

Mardi, à 9 heures : Consultations à la policlinique.

Mercredi, à 11 heures : Leçon à l'amphithéâtre de la clinique chirurgicale.

Jeudi : Opérations.

Vendredi, à 10 heures : Leçon à la policlinique.

Samedi : Opérations.

Enseignement complémentaire. — Conférences cliniques par MM. les chefs de clinique, le lundi matin, à 9 h. 30.

Démonstrations pratiques d'appareillage par MM. les assistants d'orthopédie, les mardis et mercredis matin, à 9 heures.

Cours de pharmacologie (Professeur: M.M. Tiffeneau). — M. le professeur Tiffeneau commencera son cours le mercredi 4 novembre, à 16 heures, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre Vulpian.

Sujet du cours : *Médicaments du système nerveux central et périphérique.*

Clinique obstétricale (Hôpital de la Pitié, 83, boulevard de l'Hôpital. Professeur : M. Cyrille Jeannin).

M. le professeur Cyrille Jeannin reprendra ses leçons à la clinique obstétricale de la Pitié, le jeudi 5 novembre à 11 heures, et les continuera tous les jeudis, à la même heures.

Clinique d'accouchements et de gynécologie (Clinique Tarnier, 89, rue d'Assas. Professeur : M. Brindeau).

M. le professeur Brindeau commencera son cours de clinique d'accouchements, le samedi 7 novembre 1936, à 10 h. 30 du matin, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Clinique gynécologique (fondation de la Ville de Paris, hôpital Broca, 111, rue Broca). — M. Pierre Mocquot, professeur, commencera son enseignement clinique le samedi 7 novembre 1936, à 11 heures du matin.

Les séances opératoires auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. 30.

Cours de clinique gynécologique (fondation de la Ville de Paris, hôpital Broca, 111, rue Broca). Professeur : M. Pierre Mocquot.

M. le professeur Pierre Mocquot commencera son enseignement clinique le samedi 7 novembre 1936, à 11 heures, et continuera ses leçons les samedis, à la même heure.

Programme de l'enseignement. — Lundi, 9 h. 30 : Opérations.

Mardi, 10 heures : Consultation.

Mercredi, 9 h. 30 : Opérations ; 11 heures : Hystéro-salpingographies.

Jeudi, 9 h. 30 : Examen des malades ; 10 heures : Consultation d'endocrinologie gynécologique .

Vendredi, 9 h. 30 : Opérations ; 11 heures : Consultation pour la stérilité (insufflations tubaires).

Samedi, 11 heures : Leçon clinique.

Consultations externes : lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 30 (service de la consultation).

Acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne (Clinique médicale propédeutique. Hôpita Broussais, 96, rue Didot). **Cours de révision d'une semaine** (9 au 14 novembre 1936). — Ce cours aura lieu sous la

NOUVELLES *(Suite)*

directiou du professeur Emile SERGENT et de M. C. LIAN, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. Abrami et Harvier, professeurs à la Faculté ; Aubertin, Chabrol, Duvoir, agrégés, médecins des hôpitaux ; Gilbert-Dreyfus, P. Pruvost, Weissenbach, médecins des hôpitaux ; Joanuon, agrégé ; Cottenot, chef de aboratoire d'électro-radiologie ; Blechmann, Gaston Durand, Henri Durand, Fernet, Perisson, anciens internes des hôpitaux.

PROGRAMME DU COURS. — I. — Chaque matin dans un hôpital différent, 9 h. 30 à 11 heures, exercices pratiques au lit des malades ; 11 heures à midi, démonstration pratique.

Lundi 9 *novembre.* — M. Lian, hôpital Tenon.

Mardi 10 *novembre.* — M. Aubertin, hôpital de la Pitié.

Mercredi 11 *novembre.* — Professeur Sergent, hôpital Broussais.

Jeudi 12 *novembre.* — M. Périsson, hospice de la Salpêtrière (service du professeur Guillain).

Vendredi 13 *novembre.* — M. Chabrol, hôpital Saint-Antoine.

Samedi 14 *novembre,* — M. Fernet, hôpital Saint-Louis (service de M. Weissenbach).

II. — L'après-midi à l'hôpital Broussais, 3 heures à 4 heures démonstration pratique (service ou laboratoire du professeur Sergent) ; 4 h. 15 à 5 h. 15 et 5 h. 30 à 6 h. 30, conférences cliniques (amphithéâtre de la clinique du professeur Sergent).

La leçon d'ouverture du cours sera faite par le professeur Sergent et aura comme sujet : L'ultra-virus tuberculeux en clinique.

Lundi 9 *novembre.* — 3 heures à 4 heures. M. Henri Durand : Tuberculose. — 4 h. 15 à 5 h. 15. M. Sergent : Tuberculose. — 5 h. 30 à 6 h. 30. M. Pruvost : Appareil respiratoire.

Mardi 10 *novembre.* — 3 heures à 4 heures. M. Lian : Cœur et vaisseaux. — 4 h. 15 à 5 h. 15. M. Gaston Durand : Estomac. — 5 h. 30 à 6 h. 30. M. Harvier : Thérapeutique.

Mercredi 11 *novembre.* — 3 heures à 4 heures. M. Périse son : Neurologie. — 4 h. 15 à 5 h. 15. M. Chabrol : Foie et voies biliaires. — 5 h. 30 à 6 heures. M. Gilbertà Dreyfus : Endocrinologie et nutrition. — 6 heures à 6 h. 30 .M. Duvoir : Médecine légale.

Jeudi 12 *novembre.* — 3 heures à 4 heures. M. Cotteuot : Electro-radiologie. — 4 h. 15 à 5 h. 15. M. Fernet : Peau et syphilis. — 5 h. 30 à 6 h. 30. M. Abrami : Pathologie générale.

Vendredi 13 *novembre.* — 3 heures à 4 heures. M. Weissenbach : Médecine générale. — 4 h. 15 à 5 h. 15. M. Gaston Durand : Intestin. — 5 h. 30 à 6 heures. M. Joanuon : Hygiène. — 6 heures à 6 h. 30. M. Aubertin : Sang.

Samedi 14 *novembre.* — 3 heures à 4 heures. M. Blechmann : Pédiatrie. — 4 h. 15 à 5 h. 15. M. Blechmann : Pédiatrie. — 5 h. 30 à 6 h. 30. M. Lian : Cœur et vaisseaux.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi régulièrement le cours.

S'inscrire à la Faculté de médecine ou bien au secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet nº 4, de 14 à 16 heures) ; ou bien tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la salle Béclard (A. D. R. M.).

Droit d'inscription : 250 francs.

Clinique des maladies infectieuses (Hôpital Claude-Bernard, porte d'Aubervilliers Professeur: M. A. LEMIERRE). — M.le professeur Lemierre fera sa première leçon clinique, le jeudi 19 novembre 1936, à 10 h. 30 et continuera son cours les jeudis suivants à la même heure.

ORGANISATION DU SERVICE ET DE L'ENSEIGNEMENT. — *Service.* — Visite tous les matins : de 9 heures à 10 h. 30, les jours de leçons ; de 9 heures à 11 h. 30 les autres jours.

L'examen des malades est fait par le chef de service, par les assistants de la clinique (chefs de clinique) ou par les élèves sous la direction du professeur ou des assistants.

Enseignement. — Le jeudi, à 10 h. 30, leçon magistrale à l'amphithéâtre, avec ou sans présentation de malades, par le professeur Lemierre.

Les mardis et samedis, à 10 h. 30, leçons de technique clinique dans la salle de cours ou au laboratoire de l'hôpital Claude-Bernard, par les collaborateurs ou assistants de la clinique : MM. les Drs Gastinel, agrégé ; Marquezy, médecin de l'hôpital Claude-Bernard ; A. Laporte, Layani, Cattan, médecins des hôpitaux ; Reilly, chef de laboratoire de la Faculté ; Lièvre, Worms, Mlle Baruaud, Mlle Wilm et M. Pham-Huu-Chi, anciens chefs de clinique ; MM. Laplane, Mahoudeau, Friedmann et Meillaud, chefs de clinique titulaires.

Une consultation médico-chirurgicale, conceruant les affections du nez, des oreilles, du larynx, d'origine infectieuse est assuré les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, par M. le Dr Chatellier, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.

L'enseignement donné à la clinique des maladies infectieuses s'efforce de répondre aux deux modalités suivantes. — 1º L'enseignement professionnel ou pratique qui a pour but d'instruire les étudiants (durant le stage des maladies infectieuses auquel ils sont astreints) dans les données de séméiologie et de technique diagnostique des principales maladies infectieuses comme aussi dans leur prophylaxie et leur traitement.

2º L'enseignement complémentaire, s'adressant aux médecins français ou étrangers, aux travailleurs ou chercheurs, désireux de se perfectionner dans la connaissance de la pathologie infectieuse et exotique.

NOUVELLES *(Suite)*

Cet enseignement s'attache soit à l'étude des formes plus exceptionnelles ou moins connues des maladies épidémiques ou contagieuses, soit à la discussion des grands problèmes d'étiologie et de physiologie pathologique comme à l'examen des techniques nouvelles ou des données les plus récentes de prophylaxie sociale ou individuelle, et de thérapeutique dite spécifique.

Ces deux enseignements se poursuivent parallèlement, chaque jour, au lit des malades ou dans les leçons magistrales et les conférences déjà indiquées ; l'enseignement complémentaire étant plus particulièrement assuré par le professeur de la clinique, avec le concours dévoué de M. le professeur d'hygiène Tanon ; de M. le Dr Gastinel, agrégé de bactériologie ; de M. le Dr Reilly, chef de laboratoire ; de M. le Dr Cathala, agrégé de médecine, médecin des hôpitaux ; de M. le Dr Joannon, agrégé d'hygiène ; M. le Dr Cambessédès, ancien chef de clinique, tous anciens élèves de la clinique des maladies infectieuses ; aussi avec l'aide des collègues spécialisés en diverses branches des maladies infectieuses ou exotiques.

Moyens de transports desservant l'hopital Claude-Bernard. — *Moyens de locomotion desservant l'entrée de l'hôpital par la Porte d'Aubervilliers.* — Autobus : BS/49 (*Gare du Nord-Stains*). Arrêt en face l'hôpital. — CF/9 (*St-Denis* (*Théâtre*) — *Jardin des Plantes*). Station Porte de la Chapelle. — CJ/47 (*Kremlin-Bicêtre-Porte de La Chapelle*). Terminus à 10 minutes de l'hôpital. — CH/53 (*St-Denis* (*Mairie*)-*Place de la République*). Station Porte de La Chapelle.

Métropolitain : Ligne 7 *bis* (*La Villette-Opéra*). Station Crimée. A 10 minutes de l'hôpital. — Ligne 12 (*Mairie d'Issy-Porte de La Chapelle*). Terminus à 10 minutes de l'hôpital.

Autobus : CG/48 (*Saint-Denis-Opéra*). Station Porte de La Chapelle. A 10 minutes de l'hôpital. — 50/71 (*La Courneuve-Place de la République*). Station Crimée. A 10 minutes de l'hôpital. — 52 (*Opéra-Le Bourget*). Station Crimée. — V (*Boul. Pasteur-Porte de La Chapelle*). Terminus à 10 minutes de l'hôpital. — AO (*Place d'Italie-Porte de La Chapelle*). Terminus à 10 minutes de l'hôpital. — PC (remplaçant la Petite Ceinture) (*Porte Champerret-Gare d'Auteuil*). Stations Porte de La Chapelle et Porte d'Aubervilliers.

Moyens de locomotion desservant l'entrée de l'hôpital par la Porte du canal Saint-Denis. — Métropolitain : Ligne 7 *bis* (*Opéra-La Villette*). Station Pont-de-Flandre, à 7 minutes de l'hôpital.

Autobus : 52 (*Opéra-Le Bourget*). Station Porte de La Villette. — CO (*Cimetièrede Pantin-Opéra*). Station Porte de La Villette.

Autobus : 50/71 (*La Courneuve-Place de la République*). Station Porte de La Villette. — AJ (*Porte de La Villette-Opéra*). Station Porte de La Villette.

L'enseignement de la chaire de clinique des maladies infectieuses, créée durant la guerre, et dont l'organisation matérielle est encore provisoire, s'adresse plus particulièrement aux étudiants de 4e et 5e années et aux docteurs en médecine.

Thèses de la Faculté de médecine de Paris. — *27 Octobre.* — M. Avenier, A propos d'un nouveau cas de lipodystrophie progressive. — M. Crescenci, Etude de la primo-infection tuberculose par voie cutanée.

28 Octobre. — M. Rajzman, Etude de la mélanodermie au cours des hépatites.

29 Octobre. — M. Lapine, Etude des fractures et contusions laryngées. — M. Quéreux, Les phlegmons ligneux pelviens d'origine prostatique.

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

31 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Clôture du registre pour la première inscription.

31 Octobre. — *Paris.* Dernier délai d'envoi au ministère de la Santé publique (rue de Tilsitt) des demandes pour la fourniture de produits antisyphilitiques aux dispensaires dépendant du ministère de la Santé publique.

1er Novembre. — *Paris.* Ministère de la Guerre. Direction du Service de santé. 1er bureau (personnel). Dernier délai d'inscription pour le concours de médecin sous-lieutenant de l'armée active.

3 Novembre. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription des candidats au concours de l'externat des hôpitaux de Paris.

3 Novembre. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription des candidats au prix de l'internat (médaille d'or), médecine, chirurgie et accouchement.

3 Novembre. — *Alger.* Concours de médecin adjoint de l'hôpital de Souk Ahras.

4 Novembre. — *Paris.* Ecole du Val-de-Grâce. Concours de professeur agrégé de chimie appliquée à la biologie et aux expertises à l'Ecole du Val-de-Grâce.

8 Novembre. — *Strasbourg.* Clinique infantile. Réunion pédiatrique de l'Est.

9 Novembre. — *Marseille.* Faculté de médecine. Concours de chef de clinique médicale de la Faculté de médecine de Marseille.

10 Novembre. — *Alger.* Concours de pharmacien de l'hôpital d'Orléansville.

10 Novembre. — *Paris.* Faculté de médecine. Séance de la Société de sexologie.

12 Novembre. — *Rouen.* Concours pour quatre places d'interne titulaire et une place d'interne provisoire en médecine.

12 Novembre. — *Alger.* Concours de médecin adjoint de l'hôpital de Churchill.

VARIÉTÉS

LA POUPONNIÈRE DE L'HOSPICE DES ENFANTS ASSISTÉS DE LA GIRONDE

par C. ROCAZ
(de Bordeaux)

C'est toujours une tâehe délieate que de faire vivre et prospérer des nourrissons séparés de leur mère ; mais c'est chose particulièrement difficile et souvent déeevante que d'élever eeux qui sont eonfiés à l'Assistanee publique.

On sait que ees nourrissons proviennent de plusieurs sources. Les uns, les plus nombreux, sont eeux qui ont été déposés au Bureau d'abandon, leur mère renonçant à les élever : ce sont les enfants abandonnés. D'autres sont des enfants reeueillis sur la voie publique : ee sont les enfants trouvés, très nombreux autrefois, mais rares depuis la eréation du Bureau d'abandon. Ces deux catégories d'enfants appartiennent jusqu'à leur majorité à l'Assistance publique, qui constitue pour eux toute leur famille. Les autres, enfin, sont ceux qui sont eonfiés à l'Assistanee publique, soit par les parents, soit par les autorités judieiaires, et qui sont remis ensuite à leur famille quand les eauses matérielles ou morales qui en ont justifié la séparation ont eessé d'exister : ee sont les enfants en dépôt. Ces enfants en dépôt eonstituent d'ailleurs une faible partie de la population infantile de l'Assistanee publique.

La mortalité des nourrissons, e'est-à-dire des enfants âgés de moins d'un an, confiés à l'Assistanee publique était jusqu'à ces dernières années extrêmement élevée. Dans le département de la Gironde, on a pu, en 1916, déplorer une mortalité de 80 p. 100 ; et, il y a dix ans seulement (1926) de 58 p. 100. De tels ehiffres étaient évidemment effroyables.

L'Assistanee publique a pu ainsi être regardée par le publie non comme une mère de ees enfants, mais eomme une véritable marâtre. En réalité, elle ne méritait que partiellement ee reproche. On a dit que, si les enfants mouraient en aussi grand nombre, e'est qu'ils manquaient de soins. Est-ee exact ? Non et oui. Non, paree que ees enfants reeevaient les mêmes soins que la plupart des autres enfants ; oui, parce que ces soins ne leur étaient pas suffisants, ear ils en avaient besoin d'autres, tout à fait spéeiaux.

Comment se passaient les ehoses, dans la plupart des départements français, jusqu'à ees dernières années ? L'enfant, après son abandon, était porté à l'hospice dépositaire, sorte de dépôt d'enfants, où il ne restait que quelques heures ou quelques jours, pour être ensuite placé en nourrice. Avant la guerrre, on trouvait des nourriees au sein pour élever les enfants. Il n'en est plus ainsi aujourd'hui. C'est done à l'allaitement artifieiel que sont soumis presque tous les enfants plaeés en nourriee. En revanehe, ces enfants y sont généralement dans de bonnes conditions hygiéniques ; les gardiennes sont, pour la plupart, des femmes propres, dévouées, convenablement logées. Les enfants qui leur sont confiés sont surveillés d'une façon périodique par les médeeins-inspeeteurs de l'Assistanee publique. Certainement, ces jeunes enfants se trouvent dans des eonditions au moins égales, pour ne pas dire meilleures, que la plupart des enfants eonfiés par les familles à des nourriees à la campagne. Il semblerait donc que le taux de leur mortalité devrait être plutôt inférieur à eelui de la mortalité générale des enfants placés dans des conditions analogues.

S'il n'en est pas ainsi, c'est paree que — et on ne saurait trop insister sur ee fait — la population des enfants abandonnés ne ressemble à aucune autre. La plupart de ces enfants naissent dans des eonditions physiques déplorables. La statistique que j'ai relevée sur les enfants que j'ai observés depuis que j'ai la direction médieale de l'hospiee dépositaire des Enfants-Assistés, me montre que, sur 100 enfants, 53, e'est-à-dire plus de la moitié, sont des enfants anormaux, présentant, au moment de leur entrée dans l'établissement, un poids inférieur à la normale. Plus de la moitié sont donc des enfants plus ou moins débiles. Certains même sont atteints de débilité grave. Beaueoup d'ailleurs sont des enfants prématurés.

Les causes de eette débilité sont évidemment multiples. D'abord, on sait dans quelles eonditions beaueoup de ees enfants ont été eonçus : au eours d'une reneontre fortuite, et très souvent au eours d'une imprégnation aleoolique aceidentelle. Or on eonnaît bien la triste influenee, sur l'enfant, d'un aleoolisme, même oeeasionnel et léger, au moment de la eoneeption. On sait aussi dans quelles tristes eonditions évolue souvent la grossesse des mères de ees enfants : grossesse dissimulée, pendant laquelle elles ne prennent aueune préeaution, eontinuant leur travail, et souvent un travail très pénible, jusqu'au moment de la délivranee. Enfin, autres causes plus importantes : les tares morbides héréditaires. Il en est une sur laquelle on a beaueoup insisté, e'est la syphilis. Il est évident que la syphilis infantile est particulièrement fréquente dans la population des Enfants-Assistés. Dans ees dernières années, on a beaucoup discuté sur eette fréquenee. Certes, on en a peut-être quelquefois exagéré l'importanee et l'on a publié des chiffres qui peuvent dépasser la réalité. Mais, à mon avis, ils la dépassent de peu. Quand on suit avec soin la santé des enfants

VARIÉTÉS *(Suite)*

abandonnés, on constate chez eux, non plus de ces syphilis majeures, à peu près disparues de la pathologie infantile, mais, au cours de leur développement, soit pendant la première année, soit dans les années suivantes, des signes quasi indéniables de cette affection. J'estime qu'un cinquième des enfants qui sont confiés à l'Assistance sont plus ou moins imprégnés de syphilis. C'est dire que, chez ces enfants, qui nous arrivent presque tous sans aucun renseignement, il faut toujours suspecter cette affection. Enfin, il est une autre tare sur laquelle on n'a peut-être pas assez insisté, c'est la tuberculose. Beaucoup des enfants peuplant les hospices dépositaires sont les enfants de tuberculeuses. Le genre de vie que mènent certaines femmes, les habitudes alcooliques de quelques-unes, ou bien la misère et le manque de nourriture — quand les trois causes ne s'associent pas — expliquent cette fréquence de l'hypotrophie hérédo-tuberculeuse. Ajoutons enfin à ces tares le manque de soins après la naissance chez certains enfants qui n'ont pas vu le jour dans une Maternité.

Pour toutes ces raisons, une grande partie des enfants abandonnés sont des êtres anormaux, qui ne peuvent vivre et se développer d'une façon convenable que s'ils sont placés dans des conditions particulières et s'ils reçoivent des soins spéciaux.

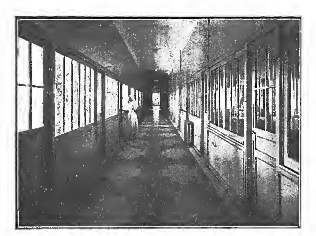
C'est ce qu'ont compris, à la suite des plaidoyers de nombreux pédiatres, certains départements qui ont organisé pour ces pauvres petits êtres des établissements spéciaux.

Le département de la Gironde est de ceux-ci. Quand, en 1930, j'ai été chargé de la direction du service médical de l'hospice dépositaire des Enfants-Assistés de la Gironde, je fus naturellement frappé des faits que je viens d'exposer. Après les avoir étudiés pendant quelque temps, j'adressais au Préfet et au Président du Conseil général de la Gironde un rapport dans lequel je concluais à la nécessité de la création d'un établissement spécialisé pour les nourrissons de l'Assistance publique, capable de répondre aux buts suivants :

1° Ne pas envoyer en nourrice les enfants abandonnés sans qu'ils aient été au préalable examinés avec soin dans cet établissement, afin de pouvoir se rendre compte s'ils sont normaux comme vitalité, s'ils ne présentent aucun signe de syphilis et enfin s'ils sont aptes à être élevés à l'allaitement artificiel ;

2° Garder dans l'établissement tous les enfants qui ne présenteraient pas ces conditions. Garder, en particulier, les enfants atteints ou suspects de syphilis pour les soumettre à un traitement rigoureux. Garder aussi tous les enfants débiles pour leur donner les soins réclamés par leur état, et ne les placer en nourrice que lorsqu'ils auraient acquis une force suffisante. Garder enfin tous les enfants présentant des troubles digestifs, en particulier ceux qui s'adaptent difficilement à l'allaitement artificiel, jusqu'à ce que l'on soit absolument fixé sur le mode d'alimentation qui leur convient.

Grâce à la bienveillance du Préfet, grâce à l'appui constant de l'Inspecteur départemental de l'Assistance publique, le principe de cette création fut admis. Au point de vue matériel, la construction de cet établissement devint possible grâce à une généreuse subvention du service de prophylaxie des maladies vénériennes au ministère de la Santé publique, grâce aussi à un legs important et grâce enfin à une contribution

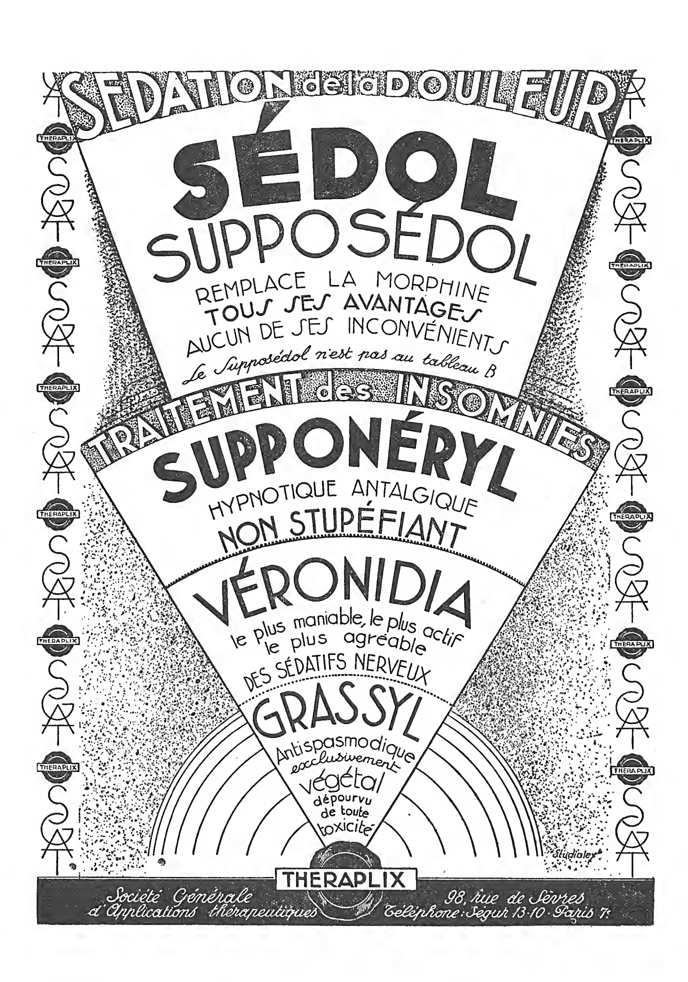


Pavillon central (fig. 1).

du Conseil général du département. C'est ainsi qu'est née la Pouponnière de l'hospice des Enfants-Assistés de la Gironde, appelée encore Pouponnière d'Eysinoff, du nom de la propriété dans laquelle elle se trouve.

Les plans de cette pouponnière comprenaient un pavillon central, flanqué à droite et à gauche de deux ailes terminées en T. Une de ces ailes devait être exclusivement affectée aux nourrissons âgés de moins d'un an ; l'autre aile devait être affectée aux enfants un peu plus âgés, jusqu'à deux et trois ans, gardés exceptionnellement dans l'établissement pour raisons thérapeutiques. Malheureusement, des difficultés imprévues rencontrées dans l'édification de ce pavillon et ayant troublé les prévisions financières, ont dû en restreindre l'étendue. La deuxième aile reste à construire, ce qui évidemment dépare beaucoup l'esthétique extérieure du bâtiment. Il en résulte que la nouvelle pouponnière ne peut actuellement recevoir que les nourrissons proprement dits, c'est-à-dire les enfants âgés de moins d'un an.

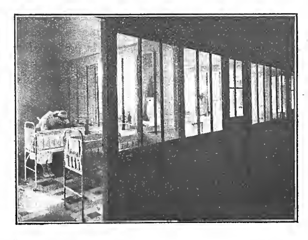
La disposition de ce bâtiment est très simple.



SÉDATION de la DOULEUR
SÉDOL
SUPPOSÉDOL
REMPLACE LA MORPHINE
TOUS SES AVANTAGES
AUCUN DE SES INCONVÉNIENTS
Le Supposédol n'est pas au tableau B
TRAITEMENT des INSOMNIES
SUPPONÉRYL
HYPNOTIQUE ANTALGIQUE
NON STUPÉFIANT
VÉRONIDIA
le plus maniable, le plus actif
le plus agréable
DES SÉDATIFS NERVEUX
GRASSYL
Antispasmodique
exclusivement
végétal
dépourvu
de toute
toxicité
Studialex
THERAPLIX
Société Générale
d'Applications thérapeutiques
98, rue de Sèvres
Téléphone: Ségur 13-10 · Paris 7e

VARIÉTÉS *(Suite)*

Dans l'aile principale, un grand couloir central sur lequel s'ouvrent les portes des chambres des nourrissons (fig. 1). Dans chacune de ces chambres, deux berceaux suffisamment éloignés l'un de l'autre, un lavabo avec eau chaude et eau froide, permettant aux infirmières de se laver les mains



Chambres de nourrissons. (Remarquer le port du masque par toutes les infirmières.) (fig. 2).

sur place, une petite table recouverte d'un tissu caoutchouté épais et moelleux sur lequel est placé l'enfant pour le maillottage et pour l'examen ; et enfin, dans un coin, une petite armoire à deux compartiments, dans laquelle est enfermé tout le matériel nécessaire à chaque enfant. Les cloisons de ces chambres sont vitrées, de telle sorte que, d'une pièce située au milieu du pavillon et où se tient la surveillante de garde, le regard peut pénétrer dans toutes les chambres de nourrissons (fig. 2). Pour les enfants sains pouvant être facilement transportés, il existe une chambre de bains avec petites baignoires sur pieds ; pour les autres, la baignoire se trouve dans la chambre même de l'enfant.

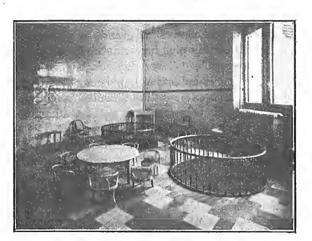
Évidemment, il eût mieux valu avoir une chambre individuelle pour chaque nourrisson. Mais une chambre n'est le plus souvent occupée que par un seul enfant. D'ailleurs, on ne place jamais deux enfants dans la même chambre que s'ils ont été reconnus sains et après plusieurs jours d'observation.

Une aile perpendiculaire, placée à l'extrémité de cette aile principale, comporte un certain nombre de chambres destinées aux nourrices. Chacune de ces chambres renferme un lit pour la femme et un berceau pour son propre enfant. Dans cette aile, se trouvent une salle de change et une salle de jour pour les enfants des nourrices, qui sont évidemment un peu plus âgés que les nourrissons assistés (fig. 3).

Dans le pavillon central, se trouvent les cabinets du médecin-chef, du médecin-adjoint et de la directrice ; une biberonnerie avec installation moderne, une cuisine de lait, une chambre froide avec appareils réfrigérateurs pour garder le lait, une pharmacie avec appareils de stérilisation et enfin un laboratoire.

L'utilité de ce laboratoire dans une pouponnière d'Enfants assistés me paraît indéniable. Il est des examens qui doivent être pratiqués sur place pour éviter tout retard et pour pouvoir les répéter en cas de résultats douteux. Telles les réactions sérologiques de la syphilis, qui, nous le savons, ne donnent pas de renseignements très précis pour le jeune nourrisson, mais que nous devons pratiquer chez les nourrices, et que nous sommes appelés à pratiquer à chaque instant chez les grands enfants de l'hospice dépositaire (logés naturellement dans un autre bâtiment). Telle l'étude de la flore du rhino-pharynx, surtout en vue du dépistage de la diphtérie, si fréquente dans toutes les agglomérations de nourrissons, et qu'il est nécessaire de reconnaître bactériologiquement dès qu'en apparaît le moindre signe clinique. Tels les examens bactériologiques des urines des nourrissons, car on sait avec quelle fréquence ils font de la colibacillose. La présence d'un laboratoire dans la pouponnière elle-même, non seulement permet de faire ces examens dans les meilleures conditions, mais encore incite à les pratiquer.

A la pouponnière, est annexé un pavillon d'isolement. Ce pavillon a une existence autonome. Il comprend un certain nombre de petites chambres individuelles, à berceau unique, dans lesquelles se trouvent non seulement un lavabo, mais encore une baignoire (fig. 4). De cette façon

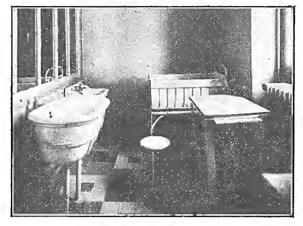


Salle de jour des enfants des nourrices (fig. 3).

l'enfant peut recevoir tous les soins nécessités par son état sans sortir de la chambre. Naturellement, ce pavillon comporte un personnel spécial. De la sorte, nous pouvons traiter dans l'établissement tous les nourrissons malades, soit qu'ils

VARIÉTÉS *(Suite)*

tombent malades dans le pavillon, ce qui est exceptionnel, soit qu'on nous les adresse malades des nourrices chez lesquelles ils sont en gardiennage. C'est donc un véritable petit hôpital d'enfants qui est placé à côté de notre pouponnière, mais qui, je le répète, en est complètement séparé



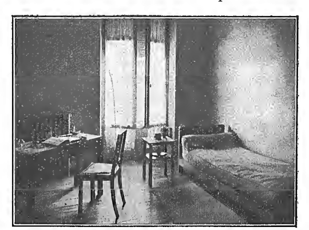
Une chambre du pavillon d'isolement (fig. 4).

à tous les points de vue. Cette façon de procéder, adoptée, sur nos conseils, par l'Assistance publique, nous donne, en dépit des critiques théoriques qui ont pu lui être adressées, les meilleurs résultats pratiques. Il est évident que certains enfants atteints d'affections graves, telle la broncho-pneumonie, sont mieux placés pour guérir dans ce pavillon que dans les logements, plutôt inconfortables, de la campagne où ils se trouvaient.

Dans une pouponnière, et tout particulièrement dans une pouponnière d'Enfants assistés, où le nombre des débiles est si grand, la question du personnel est des plus importante. Il est absolument impossible d'élever dans de bonnes conditions de jeunes enfants si le personnel est insuffisant. Il y a là une question difficile à résoudre au point de vue pécuniaire. A notre pouponnière, nous l'avons résolue de la façon suivante :

Sous la surveillance de la directrice et de la cheftaine, toutes deux munies naturellement du diplôme d'État d'infirmière, les soins sont donnés aux enfants par les élèves en fin d'études de deux grandes écoles d'infirmières. Ces élèves font dans l'établissement un stage de deux mois. Elles sont logées dans l'établissement. Elles surveillent donc jour et nuit les nourrissons qui leur sont confiés. Chacune d'elles a deux ou trois nourrissons au maximum, dont elle est responsable. On ne saurait trop dire le dévouement dont chacune d'elles fait preuve envers ces pauvres petits déshérités. Elles leur sont véritablement attachées ; non seulement elles leur donnent les soins physiques qui leur sont nécessaires, mais encore elles les entourent de cette tendresse féminine qui joue un rôle si important dans l'élevage des tout petits. Un appartement leur a été aménagé au premier étage du pavillon central. Il comprend un certain nombre de chambres individuelles (fig. 5), une petite salle de réunion (fig. 6), une salle de bains, etc. L'attrait que présente ce stage pour nos infirmières est tel que beaucoup d'entre elles, une fois munies de leur diplôme, reviennent dans la pouponnière faire un stage complémentaire de perfectionnement, ce qui leur permet d'acquérir une connaissance très approfondie de la puériculture.

Toutes ces infirmières sont soumises à une discipline très sévère. Il leur est, en particulier, impérieusement prescrit de revêtir, en outre de leur blouse ordinaire, une blouse supplémentaire dès qu'elles pénètrent dans la chambre du nourrisson, de se laver soigneusement les mains avant et après l'avoir touché, et enfin de ne s'approcher d'aucun enfant sans s'être munies d'un masque protecteur. Le port de ce masque est obligatoire à toute époque de l'année, aussi bien en été qu'en hiver. Sur ce point, nous sommes intransigeants. Cette précaution est, en effet, nécessaire pour éviter aux nourrissons la contagion par le personnel tant soit peu infecté : angines au début, grippes légères, coryza, etc., qui peuvent devenir chez le jeune enfant le point de départ d'affections graves. L'état de santé de ces infirmières est d'ailleurs l'objet d'un examen sérieux, à leur arrivée, surtout au point de vue tuberculeux. Nombreuses en effet ont été, en ces derniers temps, les observations de nourrissons contaminés par des infirmières atteintes de tuberculose peu apparente.



Chambre d'une élève-infirmière (fig. 5).

La pouponnière s'est ouverte le 15 mai 1935. Depuis son ouverture, nous y avons reçu 190 nourrissons. Notons que plus de la moitié de ces nourrissons avaient un poids inférieur à la normale,

et cette différence était parfois fort importante. C'est ainsi que nous trouvons parmi eux des nourrissons d'un mois pesant 1kg,810, 1kg,780, 1kg,560 et même 1kg,300. De ces prématurés, le dernier seul est mort, quelques heures d'ailleurs après son entrée.

Il est évident que de tels résultats ne peuvent s'obtenir qu'avec une installation spéciale et un personnel particulièrement éduqué. Je citerai, comme preuve, le cas d'un débile prématuré, qui présentait à tout instant des crises de cyanose avec asphyxie. Chaque fois, les infirmières qui en avaient la garde, et qui ne le quittaient ni jour ni nuit, étaient obligées de recourir à des tractions rythmées de la langue, à des inhalations d'oxygène. Que serait devenu cet enfant dans un autre milieu ?

L'alimentation des nourrissons de la pouponnière est extrêmement variable. Chez les débiles, nous nous efforçons de donner du lait de femme, retiré des nourrices à l'aide du tire-lait électrique.



Salle de réunion des élèves-infirmières (fig. 6).

C'est dans ce but que l'établissement abrite d'une façon constante quelques nourrices qui, comme nous l'avons vu, y habitent avec leur propre enfant.

L'association du babeurre au lait de femme, préconisée par M. Marfan, nous a donné, à nous aussi, d'excellents résultats ; mais, dès que l'enfant est âgé de quelques semaines, nous nous efforçons de chercher, parmi les divers laits modifiés, celui qui convient le mieux. Ici, aucune règle fixe. C'est une question de tâtonnement. Nous employons les laits secs, le lait homogénéisé, plus rarement les laits concentrés et assez tôt les farines. Le lait de vache, fourni par le troupeau de l'établissement, n'est généralement donné que chez des enfants un peu âgés. Nous le stérilisons au bain-marie. En été, il peut être stérilisé à l'autoclave.

On observe d'ailleurs, quand on suit ces enfants jour par jour, que certains d'entre eux n'ont pour chacun de ces laits qu'une tolérance passagère. Tel, qui a supporté pendant quelque temps le lait sec, ne peut plus supporter que du lait concentré ou du lait homogénéisé... ou inversement. C'est donc l'examen quotidien des selles de l'enfant, et parfois de ses vomissements, ainsi que l'étude de la courbe de poids, qui permet une alimentation aussi appropriée que possible à son tube digestif.

On sait qu'actuellement, dans les pouponnières, ce sont les épidémies de rhino-pharyngite, sévissant presque fatalement chaque hiver, qui constituent le principal danger. Nous avons pu nous mettre à l'abri de ce danger par le port permanent des masques chez le personnel, par un chauffage régulier de chaque chambre, et enfin par le traitement intensif de l'enfant au moindre symptôme d'infection des voies respiratoires supérieures. A ce point de vue, je ne crois pas que nous puissions obtenir chez nos petits nourrissons débiles les bons résultats de la vaccination préventive préconisée récemment. Je ne crois pas, en effet, que des sujets de si faible vitalité soient capables de faire une immunisation active. C'est pourquoi j'emploie depuis plusieurs années, dès le début des infections rhino-pharyngées, l'immunisation passive par le sérum antipneumococcique polyvalent. Je sais que l'emploi de cette méthode a été très contesté. Elle me semble cependant efficace. Les injections de sérum antipneumococcique, si elles ne paraissent pas actives dans les affections broncho-pulmonaires déclarées, et dont l'évolution est un peu avancée, me paraissent, en revanche, fort utiles dès le début de ces infections. J'ajoute que les nourrissons, même très jeunes, même débiles, les supportent admirablement bien. Les réactions sériques sont rares et toujours peu intenses.

Notre recherche systématique de la syphilis chez tous les nourrissons qui nous sont envoyés aboutit au traitement d'un grand nombre d'entre eux. Personnellement, j'estime que c'est aux injections d'arsénobenzol qu'il faut donner la préférence, dans la plupart des cas. Les préparations de bismuth ou de mercure n'interviennent le plus souvent que plus tard.

Quand un nourrisson, reconnu atteint ou tout au moins suspect de syphilis, quitte notre établissement, son traitement n'est pas interrompu pour cela. Nous demandons, en effet, à l'Administration, qui le place chez une gardienne, de nous le renvoyer systématiquement aux époques déterminées par nous, de façon qu'il puisse venir faire de nouvelles cures spécifiques. Autant que possible d'ailleurs, ces enfants sont placés dans

une région surveillée par le médecin-adjoint de l'établissement. Tel est, à notre avis, le seul moyen d'éviter les désastres de l'ancien temps, ces stigmates hérédo-syphilitiques, si fréquents chez les Enfants assistés : arriération mentale, lésions oculaires ou auriculaires et surtout dystrophies, tout ce qui faisait autrefois de beaucoup de pupilles de l'Assistance publique des enfants tarés au point de vue physique, intellectuel ou moral. Ce triste état de choses doit disparaître complètement.

Quoique ouverte depuis peu de temps, la pouponnière a déjà donné des résultats. C'est ainsi que, grâce à toutes les précautions précédemment énumérées, la mortalité des nourrissons de l'Assistance publique, âgés de moins d'un an, a diminué dans notre département. Certes, et je le répète, il ne faut pas comparer la mortalité de ces enfants à la mortalité générale. J'ai déjà dit pourquoi. Comparons-la plutôt à la mortalité des enfants débiles. Le taux de mortalité de ces enfants est, nous le savons, très élevé : je laisse de côté les anciennes statistiques, qui étaient évidemment effroyables, mais les statistiques les plus modernes montrent que les enfants présentant un poids inférieur ou égal à 2^{kg},500 offrent une mortalité de 30 p. 100 au moins ; or nous avons vu que nombreux sont les enfants n'atteignant pas ce poids dans notre population. Aussi faut-il bien savoir que la mortalité des Enfants assistés, si l'on comprend tous les débiles, si l'on comprend, en particulier, les enfants à peine viables, qui meurent quelques heures après leur arrivée, doit être supérieure à la mortalité générale des nourrissons. Malgré tout, depuis l'ouverture de la pouponnière, la mortalité des Enfants assistés âgés de moins d'un an, dans le département de la Gironde (cette terrible mortalité qui oscillait il y a quelques années entre 50 et 80 p. 100) est descendue à 8,49 p. 100. C'est le taux le plus bas qu'elle ait jamais atteint. Et il est permis d'espérer mieux encore dans l'avenir.

L'ÉDUCATION PHYSIQUE A L'ÉCOLE PRIMAIRE

par A. LINOSSIER-ARDOIN

On parle beaucoup, depuis longtemps, de l'éducation physique à l'école. Des campagnes ont été menées dans les journaux, les pouvoirs publics ont reconnu la nécessité de modifier les programmes, d'y faire une plus large part à la gymnastique. Une mesure récente du ministère de l'Éducation nationale vient seulement d'apporter une première amélioration, en prescrivant une heure quotidienne d'éducation physique dans les écoles du département de la Seine. Souhaitons que cette première mesure soit complétée et généralisée.

C'est que, en effet, le programme en vigueur jusqu'à ces derniers jours était ridiculement insuffisant et, de plus, n'était même pas rigoureusement appliqué.

Dans les écoles primaires de la Ville de Paris et de la Seine, le professeur de gymnastique donnait, en moyenne, une heure par semaine pour 100 élèves, soit, pour des classes de 25 élèves, un quart d'heure par semaine. Or ce quart d'heure d'éducation physique, déjà dérisoire, n'était même pas rigoureusement appliqué. A Nanterre, où je m'occupe de deux groupes scolaires importants, le professeur de gymnastique donnait une heure et demie par semaine pour 367 élèves (garçons). Sur ce temps, une demi-heure était consacrée chaque semaine à la classe du certificat ; l'heure restante était partagée entre toutes les autres classes. De sorte que chaque élève ne travaillait avec le professeur de gymnastique que toutes les trois à quatre semaines.

L'éducation physique par le professeur spécialisé était donc absolument inefficace et ne remplissait même pas les exigences du règlement (encore en vigueur dans la plupart des départements), qui comporte :

Une demi-heure par semaine et par classe pour les garçons ;

Une demi-heure par semaine pour les filles (grandes classes) et une demi-heure tous les quinze jours pour les petites classes.

Il est prévu, en outre, des séances de gymnastique faites sous la direction des instituteurs, soit un quart d'heure tous les jours pour les petites classes et un quart d'heure, deux fois par semaine, pour les grandes classes. Jusqu'à ce jour, ce quart d'heure était rarement donné. Peu nombreux sont les instituteurs qui en comprennent l'importance. Il faut d'ailleurs reconnaître que, lorsqu'un maître dispose d'un quart d'heure pour faire travailler des classes de 30 à 40 enfants, il ne peut guère, malgré toute sa bonne volonté, faire un travail utile. C'est pourquoi cette leçon, dite de gymnastique, se bornait bien souvent à quelques évolutions autour du préau. L'heure quotidienne prévue par le nouveau règlement constitue donc une réelle amélioration.

Le vêtement. — Lorsqu'on assiste à la leçon d'éducation physique dans une société sportive bien organisée, on y voit des enfants vêtus d'un costume qui leur laisse toute liberté de mou-

VARIÉTÉS *(Suite)*

vement : petite culotte, chemise légère et ample, ou maillot d'athlétisme. Au contraire, à l'école, les enfants prennent leur leçon de gymnastique couverts de chemises de laine, de tricots, de chandails superposés. Engoncés dans cette armature de lainages, ils n'ont aucune liberté de mouvement. Une leçon un peu active les laissera transpirants, fatigués et, la douche n'étant pas obligatoire, ils passeront l'heure suivante dans des vêtements imbibés de sueur.

Les locaux. — La gymnastique doit être pratiquée en plein air, et c'est ce qui a lieu par beau temps. Mais, à Paris, nombreuses sont les journées froides ou pluvieuses. Comme on ne dispose d'aucun abri couvert, les séances se font alors dans le préau. Et si, dans les écoles modernes, le préau réalise des conditions d'hygiène suffisantes, par contre, il existe encore de vieux bâtiments où le préau est étroit, poussiéreux et insuffisamment aéré. Si bien que certains directeurs préfèrent supprimer la leçon de gymnastique par mauvais temps.

Cette organisation plus qu'insuffisante de l'éducation physique à l'école donne, au point de vue santé, des résultats désastreux. Les écoliers passent six heures par jour à l'école. Sur ces six heures, le temps des récréations est insignifiant. Rentrés chez eux, ils ont des devoirs à faire ou des leçons à apprendre. Il en résulte que, pendant toute sa vie scolaire, c'est-à-dire pendant toute sa période de croissance et de développement, l'enfant est presque tout le jour courbé dans la même position. Un mobilier scolaire parfois défectueux et, surtout, la fatigue musculaire résultant d'une position inchangée, entraînent presque fatalement des attitudes vicieuses. Et tout médecin scolaire ne peut manquer d'être frappé par la fréquence des altérations de la statique vertébrale. Ces déformations se développent au cours de la vie scolaire, passant de 20 p. 100 dans les petites classes à 50 p. 100 dans les grandes classes. Ces chiffres, qui correspondent à une statistique que j'ai faite dans mes deux écoles, ont été jugés, à la réunion des médecins scolaires, trop élevés par certains, trop faibles par d'autres. En réalité, ce qu'il faut bien spécifier, c'est que ces chiffres comportent toutes les attitudes vicieuses et non pas seulement les scolioses. Ces déformations reconnaissent diverses origines : ce peut être, chez des enfants mal nourris, chétifs et hypotoniques, la simple répétition d'une attitude vicieuse par un mauvais mobilier scolaire, par le port d'une serviette lourdement chargée, par la persistance d'une même position, par des troubles de la vue ou de l'ouïe. D'autres fois, une cause pathologique intervient : insuffisance respiratoire, obstruction rhino-pharyngée des adénoïdiens, hypotonie des rachitiques ou des convalescents de maladies infectieuses. Nous ne parlons pas, bien entendu, des scolioses consécutives à des paralysies, à des maladies de la plèvre ou de la colonne vertébrale dont le traitement ne relève pas de la seule gymnastique.

Les déformations les plus fréquemment observées sont les scolioses, les cyphoses avec gros ventre, les mauvaises tenues (omoplates décollées, épaules et cou projetés en avant).



Cyphose avec gros ventre (fig. 1).

Pour tous ces enfants, une gymnastique spéciale s'impose, la gymnastique normale ne corrigeant pas les déformations et pouvant même, parfois, les exagérer, lorsque l'entraînement physique est trop poussé. Cette question reste entièrement ignorée des pouvoirs publics et aucune organisation officielle de gymnastique corrective n'a été envisagée. Tout ce qui existe, à l'heure actuelle, est dû à des initiatives privées ou aux efforts, trop rares, de quelques municipalités.

Il est assez triste de constater qu'à l'heure où tous les pays, soucieux de la grandeur de leur race, font un effort considérable pour développer l'éducation physique de la jeunesse, la France en est encore à essayer timidement quelques mesures partielles. N'oublions pas cette parole citée par le colonel Marchal : « Un établissement de bains avec salle de gymnastique peut économiser deux hôpitaux. »

Réformes à apporter. — Tout le monde est d'accord pour constater la carence de l'éducation

physique en France, tout le monde est d'accord pour réclamer : un plus grand nombre d'heures consacrées à la gymnastique, un costume spécial pour cette leçon, la nécessité de dédoubler les classes nombreuses. Mais c'est sur le choix des moyens à employer que les avis diffèrent.

1° Augmentation du nombre d'heures consacrées à l'éducation physique. — Il est indispensable que l'organisation de l'éducation physique n'aboutisse pas à une surcharge des programmes.



Correction d'une cyphose par la gymnastique orthopédique (fig. 2).

Il faut, au contraire, diminuer les heures de classe et je me rallie volontiers au vœu exprimé par les directeurs et directrices d'écoles dans leur dernier Congrès : « Reporter à l'après-midi les manifestations corporelles : gymnastique, travail manuel, chant, dessin, couture, etc. ; les exercices intellectuels n'ayant lieu que le matin. »

Sans doute, une telle réforme soulèvera bien des objections de la part de ceux qui veulent obtenir chez l'enfant un maximum de culture intellectuelle. Il faut toutefois remarquer que la santé est un bien aussi appréciable que la science ; d'autre part, il n'est nullement prouvé que les enfants seront moins instruits avec des heures de classes moins élevées. C'est un fait connu que les facultés intellectuelles se fatiguent et que le rendement des classes du soir est bien inférieur à celui des classes matinales. A l'appui de ceci, nous citerons l'expérience faite à Lyon et rapportée par le professeur Latarjet. Ayant sélectionné dans une école primaire les enfants les plus débiles de la deuxième année d'études, on en a choisi trente et un, pris parmi les plus mauvais élèves, les derniers de la classe. Ces enfants ont été soumis au régime suivant : suppression de deux heures de classes remplacées par deux heures de gymnastique, cours n'excédant pas la durée de vingt à quarante-cinq minutes sans repos. Outre l'amélioration considérable de l'état physique, on a constaté des progrès scolaires étonnants. A la fin de l'année, les enfants de la classe de santé ont concouru avec leurs camarades de l'école primaire sur les mêmes sujets de composition. Les onze premiers ont été des élèves de l'école de santé.

Ces beaux résultats sont dus en grande partie au bon état physique des enfants, à l'absence de surmenage et à leur fréquentation plus régulière de l'école du fait de leur meilleure santé.

Cette expérience prouve que l'on peut, à l'école, faire une large part à l'éducation physique sans, pour cela, diminuer le niveau intellectuel des écoliers.

Si l'on arrive à réaliser l'allégement des programmes pour faire place à la culture physique, il est indispensable que celle-ci soit rendue obligatoire par la loi et qu'elle soit inscrite au programme des examens.

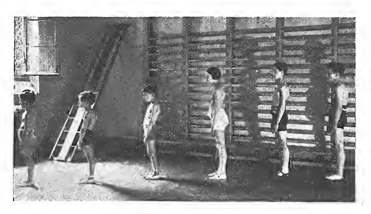
Aussi bien pour les instituteurs que pour les enfants, la matière qui figure à l'examen prend toujours une importance prépondérante. Si cette sanction n'existe pas, il arrivera toujours que, à l'approche du certificat d'études, le temps de la gymnastique sera rogné en faveur des classes d'enseignement, ou que les enfants trouveront un prétexte à s'en faire dispenser. Le contrôle de l'éducation physique par un inspecteur s'est avéré insuffisant puisque, à l'heure actuelle, où ce contrôle existe, la plupart des instituteurs ne font pas faire aux enfants le quart d'heure de gymnastique prescrit par le règlement.

2° Qui doit enseigner la gymnastique ? — Cette question a soulevé à la réunion des médecins-inspecteurs une discussion assez vive. Les uns estiment que l'éducation physique doit être faite par le professeur de gymnastique, ce qui paraît assez logique. Les autres, et c'est la thèse qui a prévalu dans les vœux émis par la Société des médecins-inspecteurs scolaires, demandent « que les séances de gymnastique aient lieu quotidiennement pour les élèves de tout âge, sous la direction des maîtres et maîtresses d'enseignement général, préparés à ce rôle par l'enseignement reçu dans les écoles normales ; les professeurs spécialisés remplissant les fonctions de moniteurs et de guides ».

Les deux thèses ont à leur appui des arguments de valeur. Il est certain que l'enseignement de la gymnastique par un professeur spécialisé serait préférable, mais l'augmentation du nombre d'heures accordées à la gymnastique entraînerait un effort budgétaire considérable. Cette solution serait d'ailleurs impossible dans les écoles de campagne, où il faudrait bien que l'instituteur continue à assurer les classes de gymnastique. Si, au contraire, on confie aux instituteurs l'enseignement de la culture physique, il faut tenir

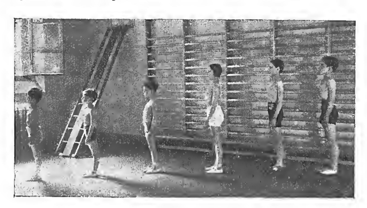
compte, comme l'a fait observer Mme Gricouroff, de ce que les cadres de l'enseignement sont composés en grande partie d'instituteurs ou institutrices déjà mûrs, n'ayant aucun entraînement physique, et qui, de ce fait, ne pourront donner leur leçon avec beaucoup d'ardeur.

Par contre, la suggestion du Dr Houdré est plus séduisante, parce qu'immédiatement applicable et moins coûteuse. Reprenant les idées du sénateur Auray, Mme Houdré propose trois après-midi par semaine de gymnastique et de jeux en plein air, sous la direction de professeurs spécialisés.



Enfants en attitude vicieuse (fig. 3).

En présence de ces arguments contradictoires, il semble que la question se résout à un problème budgétaire et que, tant que l'on ne pourra pas avoir de professeurs de gymnastique en quantité suffisante, il faut maintenir le principe de l'éducation physique donnée par les instituteurs, mais en exigeant que le règlement soit respecté.



Attitudes corrigées au cours de la leçon de gymnastique (fig. 4).

3° **Les terrains.** — Si l'on admet que l'éducation physique à l'école doit comporter une grande part de jeux, il faut envisager la création de terrains de sport. La question peut trouver une solution facile à la campagne, dans les petites villes ou en banlieue ; elle se pose d'une façon beaucoup plus ardue pour les écoles du centre de Paris. La proposition des directeurs d'école « qu'un groupe scolaire ne sera plus construit qu'accompagné d'un stade, d'une salle de gymnastique et d'une piscine », serait parfaite si elle ne devait rester longtemps encore dans le domaine du rêve.

Il suffirait alors, pour la Ville de Paris, de quelques terrains qui se trouveraient continuellement en usage par roulement, les élèves des différentes écoles y étant transportés par un service d'autocars.

4° **Le costume.** — La question du vêtement doit être immédiatement résolue. Certes, la crainte de « se refroidir », l'amour des tricots superposés est un des préjugés populaires les plus enracinés et les plus difficiles à détruire. Cependant, il suffirait qu'un règlement rende obligatoire un costume spécial pour la gymnastique. Peut-être y aurait-il quelques protestations de parents craintifs, mais tout se bornerait là.

5° **Organisation des méthodes d'éducation physique.** — Il ne suffit pas de développer la gymnastique dans les écoles, il faut encore déterminer bien exactement ce que doit être l'entraînement physique d'un enfant d'âge scolaire ; il se-

rait regrettable, après avoir négligé pendant des années cet enseignement, de tomber dans l'excès contraire et de vouloir transformer les enfants en athlètes. M'occupant de la surveillance médicale de plusieurs organisations sportives, j'ai pu constater que certains moniteurs avaient tendance à surmener les enfants. Et le résultat était, dans certains cas, aussi mauvais que l'absence totale de culture physique.

Pendant toute la période de l'âge scolaire, il ne faut faire faire aux enfants que des mouvements de gymnastique très simples, et surtout, les faire beaucoup jouer. Si l'on organise des courses, il faut soigneusement éviter tout ce qui ressemble à une compétition. L'enfant est orgueilleux et ne sait pas ménager ses forces. Toutes les fois qu'il y aura un « concours », il ira à la limite de l'épuisement plutôt que de s'exposer aux sarcasmes des camarades mieux doués ou plus robustes.

L'enseignement de la natation ajouté aux programmes d'éducation physique serait une excellente chose et l'on ne peut que souhaiter que l'intéressante expérience que fait, à l'heure actuelle, M. Rey-Golliet dans quelques écoles de la Ville de Paris, soit poursuivie et généralisée.

Enfin, il faut organiser la gymnastique corrective. A la réunion du 17 juin 1936, certaines personnalités, non médicales, ont paru vouloir négliger cette question qui, pensait-on, serait résolue d'elle-même le jour où l'enfant serait soumis à une éducation physique rationnelle.

Sans doute, avec une heure de gymnastique par jour, deux après-midi de jeux par semaine et l'enseignement de la natation, les enfants auraient une musculature plus solide et on verrait moins d'attitudes vicieuses. Mais il ne faut pas oublier qu'à l'heure actuelle, ces attitudes vicieuses existent chez plus de la moitié des écoliers et qu'on ne peut soumettre ces enfants déformés à l'entraînement physique qui convient aux enfants normaux.

Il faut donc, pour eux, une organisation spéciale et une gymnastique spéciale. De telles organisations existent dans les hôpitaux d'enfants (Enfants-Assistés, Enfants-Malades, hôpital Trousseau), dans certains arrondissements de Paris (fondation Lannelongue, Amis des écoles, Nouvelle-Étoile), dans certaines banlieues (Boulogne, Suresnes, Bois-Colombes). Mais si l'on songe qu'il y a à Paris 1 054 établissements scolaires, groupant 351 367 élèves, on se rendra compte de l'insuffisance de cet effort privé. Il faut donc une organisation officielle de la gymnastique corrective. Celle-ci doit comprendre :

1° Une surveillance médicale comprenant un examen de dépistage et des examens de contrôle à intervalles réguliers. Cette surveillance peut être assurée par les médecins-inspecteurs auxquels on donnera un enseignement et des directives au moment de leur concours d'admission ;

2° Un enseignement pratiqué par des professeurs spécialisés employant tous la même méthode. A l'heure actuelle, cette spécialisation n'existe pas. N'importe qui peut s'intituler professeur de gymnastique corrective et aucun enseignement officiel n'est donné pour cette branche, si importante, de l'éducation physique. A l'étranger, au contraire, en Suisse, en Angleterre, des instituts de culture physique se sont créés, qui enseignent la gymnastique médicale, et où les élèves, après deux à trois ans d'études, s'engagent à observer des règlements professionnels très sévères. Du fait qu'en France, chaque professeur se crée sa méthode personnelle, on obtient des résultats très variables dans la correction des attitudes vicieuses. A l'hôpital Trousseau, où fonctionne un service de gymnastique médicale sous la direction du Dr Le Grand-Lambling, les résultats obtenus sont remarquables. Nous donnons ici quelques clichés provenant de ce service.

La figure 2 représente trois schémas pris directement sur l'enfant au début, au milieu et à la fin du traitement. On remarquera l'effacement du ventre, l'aplatissement des épaules et la diminution de l'ensellure lombaire.

Les figures 3 et 4 représentent une série d'enfants en attitude vicieuse, puis les mêmes enfants après quelques semaines de travail. On voit qu'ils sont déjà capables de prendre une attitude presque correcte au cours de la leçon de gymnastique.

Une amélioration considérable va être tentée dans le département de la Seine pour l'éducation physique normale. Il serait regrettable de négliger la gymnastique corrective, qui est une nécessité absolue, vu l'état actuel des écoliers. M. Rey-Golliet, qui connaît l'importance de cette question, estime à 3 500 francs la dépense à effectuer, pour le fonctionnement d'une classe de gymnastique corrective.

En créant à Paris un cours par arrondissement et deux cours dans les arrondissements les plus chargés, la dépense s'élèverait à 168 000 francs. Dans le budget annuel, cette somme représente une bien pauvre dépense par rapport aux avantages énormes qu'elle apporterait à toute l'enfance scolaire.

Puisque l'éducation physique dans les écoles est en voie d'organisation, que l'on n'oublie pas la gymnastique corrective. Et surtout, que l'on ne croie pas que, par un entraînement sportif

intensif, on réduira les attitudes vicieuses et les scolioses. On risquera peut-être de les aggraver. C'est le rôle des médecins d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur ce côté de la question qui semble avoir été négligé. Peut-être, dans deux générations, lorsqu'on aura supprimé le surmenage scolaire et organisé les jeux de plein air, les classes de gymnastique deviendront-elles inutiles. C'est possible et nous le souhaitons. Mais pas plus qu'on n'a arrêté la fabrication du sérum antidiphtérique parce qu'on avait découvert la vaccination, on ne doit négliger la gymnastique corrective parce qu'on organise la gymnastique normale.

Au moment où l'on fait un effort pour corriger les errements du passé, il faut insister pour que la réforme actuelle s'accompagne d'une réduction des programmes d'études et d'une surveillance étroite des enfants du point de vue médical. C'est à cette condition que l'éducation physique pourra être efficace.

ESSAI SUR UNE ORGANISATION ÉCONOMIQUE DE SAUVETAGE DE L'ENFANCE

Par Mme Zimmern.

A une époque où la lutte contre la mortalité infantile est au premier plan de l'actualité, nous avons pensé être utiles à ceux qu'angoisse la question de notre dénatalité, en faisant un court historique de notre œuvre, et en montrant comment nous avons été amenés à créer des organismes très simples, qui ont donné, dès leur fondation en 1918, des résultats concluants.

Qu'était l'Association de travail et d'assistance ?

L'Association de travail et d'assistance fondée en 1910 ne fut, jusqu'en 1916, sous le nom d'Association centrale du travail, qu'un bureau de placement gratuit.

En 1916, elle créa une nouvelle section, qui avait pour but unique de servir de liaison entre les œuvres existantes, et, en se substituant aux indigents, de faire pour eux les démarches nécessaires afin de leur venir en aide.

Il faut, par la pensée, se reporter à ce qu'était encore l'Assistance en 1916. Le Service social à l'hôpital n'avait qu'un seul service, les Permanences d'entr'aide sociale, les Assurances sociales, les assistantes scolaires étaient encore embryonnaires.

Dans notre candeur, nous pensions que nous ferions, seuls, le travail que tous ces organismes ont fait depuis, à eux tous, et nous croyions qu'il suffirait, selon les besoins, de nous adresser à telle ou telle œuvre, pour que nos protégés soient immédiatement secourus.

Hélas, au bout de quelques mois, nous avons dû reconnaître que, s'il existait bien à Paris des milliers d'œuvres, elles ne répondaient pas, loin de là, à tous les besoins des indigents, et que, dans beaucoup de cas spéciaux, il n'existait rien ou presque rien. Pour les enfants, par exemple, il n'y avait pour tout Paris que trois cents places de nourrissons surveillés.

Or des centaines de réfugiés arrivaient encore des femmes, des veuves chargées d'enfants demandaient du travail, et lorsqu'elles en avaient trouvé par nos soins, le placement de leurs enfants.

L'Association n'avait eu d'autre but que de servir d'intermédiaire entre les indigents et les œuvres, mais elle se trouva devant le dilemne suivant : ou bien créer les débouchés qui n'existaient pas, ou bien renoncer à son travail qui devenait inutile.

Nous choisîmes la première solution, et ignorantes, mais pleines de courage, nous nous lançâmes dans l'aventure.

Création de la première pouponnière.

Par l'entremise de Mme Cardane André, inspectrice de la Ville de Paris, une crèche rue des Lyonnais, qui recevait peu d'enfants, nous fut prêtée pour y organiser une pouponnière de 30 lits.

Nous nous y installâmes immédiatement, et sans faire aucune démarche. (Nous étions en effet persuadés que, fonctionnant dans une crèche autorisée dans toutes les règles, nous n'avions qu'à prendre la suite tout simplement.)

Or, quelle ne fut pas notre stupéfaction, en recevant la visite d'un commissaire de police nous enjoignant de fermer immédiatement, l'autorisation d'ouvrir ne nous ayant pas été donnée !

Nous refusâmes d'obtempérer, arguant de notre ignorance, promettant de nous plier à toutes les formalités, et pendant trois mois nous fonctionnâmes malgré tout.

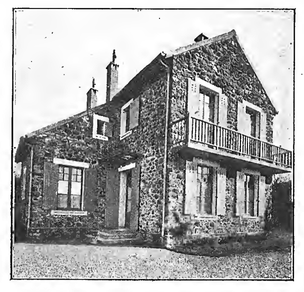
Hélas, nos enfants ne poussaient pas, ils augmentaient peu, étaient souvent malades, malgré la visite quotidienne du Dr Dumoutet, élève du Dr Variot, qui nous fit à ce moment connaître le lait Gallia auquel nous sommes toujours restés fidèles.

Les difficultés budgétaires commençaient aussi à nous décourager. Nous ne nous doutions pas de ce que peut coûter une pouponnière, même très simple, et nous voyions, avec terreur, fondre le petit capital que nous avions constitué.

Le personnel mal dressé (en ce temps-là peu

d'écoles d'infirmières existaient et il n'y avait pas de diplôme d'État) était également très défectueux, et nous avions sans cesse des dissentiments entre infirmières et avec elles.

Lorsqu'au bout de trois mois la préfecture de police nous enjoignit définitivement de fermer si nous n'acceptions pas de faire faire un grillage de la hauteur d'une maison de six étages, afin de prévenir l'arrivée des poussières dans la pouponnière, nous nous résolûmes à abandonner la rue des Lyonnais (1).



Dispensaire de Saint-Rémy-les-Chevreuse.

Alors se posa la question du placement des enfants que nous avions reçus.

Impossible pour la plupart de les rendre à leur mère, malade, décédée, ou sans logement : qu'en faire ? Impossible de les placer dans d'autres œuvres : partout on nous répondait « complet »...

Nous nous souvînmes alors du premier centre d'élevage, « Les Nids », qu'avait créé Mme Veil Picart à Porchefontaine, et nous nous décidâmes à faire un essai sur ce modèle.

Création du premier centre d'élevage.

Mme Sussmann, qui commençait elle-même son œuvre du Placement familial, nous mit en rapport avec M. Bernard Koppe qui dirigeait à La Loupe l'œuvre de sa belle-sœur.

Il comprit immédiatement ce que nous attentions de lui, et aidé de son infirmière Mlle Darguesse, trouva une trentaine d'excellentes nourrices.

La pouponnière de la rue des Lyonnais fut vidée et redevint crèche, les enfants partirent ; une consultation très sommaire fut ouverte à la mairie tous les quinze jours, et l'inspection des enfants fut confiée à M. Koppe, à Mlle Darguesse et au Dr Morchoisne de La Loupe, un des meilleurs médecins que nous ayons jamais rencontrés.

Or ces petits qui, à la Pouponnière, couvés, surveillés, pesés et repesés, augmentaient fort médiocrement, placés à La Loupe et environs, chez de braves femmes pleines de bonne volonté, mais dans des conditions de confort tout relatif, se mirent à augmenter à qui mieux mieux, et à la fin de la première année, non seulement nous n'avions perdu aucun enfant, mais encore avaient-ils tous prospéré, et dépassé de beaucoup le poids normal.

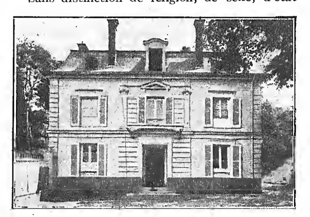
Après une année de fonctionnement, notre centre étant devenu trop petit pour les nombreuses demandes que nous recevions, un deuxième, un troisième, un quatrième centre furent adjoints au premier.

Aujourd'hui l'Association est à la tête de douze centres recevant environ 50 enfants chacun.

Le centre de La Loupe était réservé, comme le sont actuellement encore plusieurs de nos centres, à des enfants indigents que les mères, pour une raison indépendante de leur volonté (maladie, misère, logement insuffisant, etc.) ne peuvent nourrir.

Fonctionnement.

Sans distinction de religion, de sexe, d'état civil et sans aucune formalité ni enquête à domicile, les enfants sont inscrits à notre siège social et y passent une visite médicale.



Le dispensaire servant de Pouponnière dépositaire à Melun.

Autant que possible nous surveillons le sevrage qui doit se faire lentement (en quinze à dix-huit jours environ) ; pendant cette période nous

(1) A ce sujet je dois dire que la crèche a été rouverte après notre départ. Le grillage, à notre connaissance, n'a jamais été posé, et je me demande encore la différence entre les enfants de la crèche et les enfants de la pouponnière. Pourquoi ce qui était obligatoire pour les uns n'a-t-il jamais été exigé pour les autres ?

VARIÉTÉS *(Suite)*

logeons et nous nourrissons mère et enfant. Je vous dirai plus loin l'amélioration que nous avons pu, depuis quelques années, apporter encore à cette période d'adaptation.

L'enfant sevré est amené au centre par sa mère ; l'infirmière, prévenue par nous, est à la gare, avec une voiture, et conduit mère et enfant chez la nourrice. La mère peut donc se rendre compte par elle-même du lieu où son enfant va vivre.

Elle assiste à la première pesée, et aux premières recommandations données à la nourrice par l'infirmière ; celle-ci apporte dans sa voiture une balance, un berceau, des biberons, des tétines, une boîte de lait condensé, un thermomètre, qu'elle laisse au domicile de la gardienne.

La nourrice doit appeler l'infirmière à la moindre alerte ; celle-ci, sous la direction du médecin, donne tous les soins nécessaires, et montre à la gardienne comment les appliquer en son absence.

Toutes nos nourrices savent prendre une température, faire un enveloppement, donner un bain, un lavage, etc.

Nos enfants sont pour la plupart élevés au lait condensé.

A ceci deux raisons :

Nous savons exactement combien de cuillerées de lait contient un nombre donné de boîtes pendant un nombre donné de jours, pour un âge donné.

Nous pouvons ainsi facilement contrôler si l'enfant a bien bu tout le lait qui lui a été ordonné, et s'il n'augmente pas, en rechercher ailleurs la cause.



La voiture du centre en action. Le départ d'un nourrisson chez une nourrice dans le centre.

Le lendemain l'infirmière revient seule, repèse l'enfant, et, s'il y a lieu, modifie ou non le régime indiqué.

L'enfant est visité tous les jours, puis tous les deux jours, il est pesé chaque semaine, et la feuille de poids, ainsi que tous renseignements sur sa santé, sont envoyés immédiatement et régulièrement au siège social, avec lequel l'infirmière se tient continuellement en rapport. Les pesées sont toujours faites au domicile de l'enfant, ce qui évite les risques de refroidissement en hiver, les coups de chaleur en été, et les dangers de contagion.

Le médecin-inspecteur voit l'enfant chaque mois (comme l'exige la loi), mais aussi chaque fois que l'infirmière le lui demande. Ses honoraires sont assurés par l'œuvre et sont les mêmes en général que ceux de l'Assistance médicale gratuite.

La nourrice doit appeler l'infirmière à la moin-

D'autre part, le lait condensé, si simple à préparer, évite les difficultés et les frais d'une biberonnerie, et je peux dire que, depuis des années, nous n'avons plus eu, grâce à lui, aucun incident.

Si les enfants ne le supportent pas, nous n'insistons évidemment pas, et leur donnons du lait sec, ou toute autre alimentation. Inutile de dire que nous usons continuellement du babeurre et que toutes nos infirmières savent se servir de la bouillie maltée.

Le grand intérêt de ces centres simplifiés est leur prix de revient qui est extrêmement bas, et leur facilité d'installation.

Création d'un centre.

Pour créer un centre, trouver d'abord un pays où exerce un médecin expérimenté. Y installer l'infirmière (son logement doit comprendre une

pièce pour elle, une chambre pouvant recevoir en cas de nécessité un enfant malade, une cuisine). Chercher ensuite de bonnes nourrices bien logées, et dociles et aussi rapprochées que possible du logement de l'infirmière ; le matériel se compose de berceaux, baignoires, thermomètres, biberons et balances. L'infirmière doit en posséder un certain nombre d'avance pour pouvoir les distribuer au fur et à mesure des besoins.

L'infirmière est l'âme du centre ; elle en est aussi le moteur, et, devant le parcourir sans cesse, doit savoir monter à bicyclette. Lorsque le centre est très étendu, une auto lui sera nécessaire. Une seule infirmière peut soigner, à l'aide d'une bicyclette, 40 enfants de moins d'un an. Ensuite une



Les enfants ont passé la consultation au siège social avant le départ.

auto ou une deuxième infirmière deviennent obligatoires.

Nous avons créé nos centres assez loin de Paris, à une heure de chemin de fer environ, afin que le prix des nourrices soit moins élevé, pas plus loin, afin que les mères puissent venir voir facilement leur enfant.

Nous demandons aux mères une contribution mensuelle de 200 francs. L'Assistance publique de la Seine alloue à titre préventif d'abandon un secours de 50 francs aux femmes privées de soutien; cette sommes est à déduire des 200 francs demandés.

Le prix de revient d'un enfant, dans un centre *sans dispensaire*, est pour nous d'environ 260 francs, c'est donc 60 francs par mois et par enfant qu'il faut trouver, soit environ 30 000 francs par an pour sauver 40 enfants.

Un dispensaire qui grève de beaucoup le prix de revient d'un centre est-il indispensable ?

La question de la nécessité d'un dispensaire a été bien controversée.

A notre avis, le dispensaire n'est utile que lorsque arrivent au centre des enfants nouveau-nés ou débiles, tels que ceux confiés par l'Assistanec publique.

Jusqu'en 1920, nous n'avions eu en charge que des enfants secourus. A ce moment, l'Assistance publique entendit parler des résultats si intéressants que nous avions obtenus, et le regretté M. Marois, directeur de l'Assistance publique de Seine-et-Oise, nous confia quelques-uns de ses pupilles.

Depuis, nous avons travaillé et nous travaillons encore avec la Seine, la Seine-et-Oise, la Seine-et-Marne, les Basses-Pyrénées, le Bas-Rhin, la Haute-Marne, l'Indre-et-Loire, le Loir-et-Cher, l'Oise, et nous avons partout d'excellents résultats. Néanmoins, *pour ces enfants*, lorsqu'ils nous sont donnés *dès la naissance*, comme en Seine-et-Marne, un dispensaire devient nécessaire. Il permet de recevoir des tout-petits âgés souvent de quelques heures à peine.

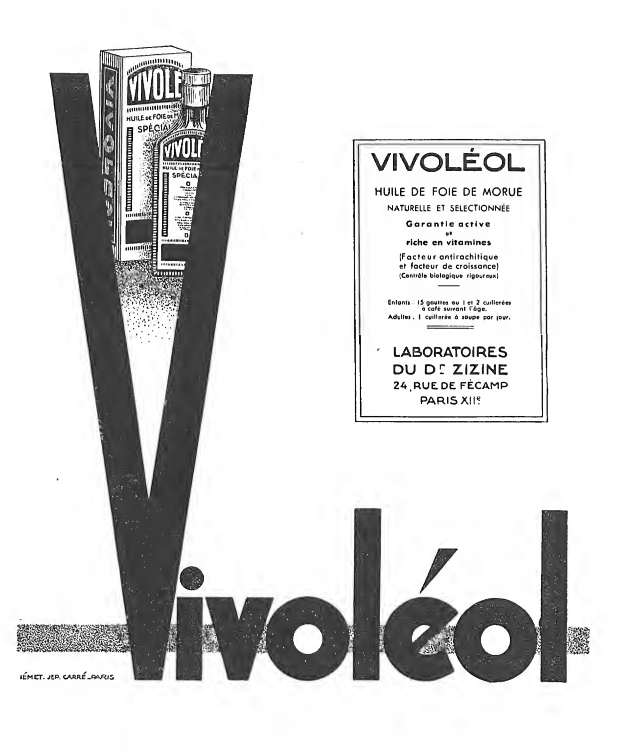
Le dispensaire n'a d'autre écueil que son prix de revient qui est d'environ 30 000 francs par an. En effet, pour donner les résultats que nous en attendons, un nombreux personnel (comprenant au moins une infirmière soignante, une veilleuse, une femme de service, une laveuse), est nécessaire. Enfin la maison doit être grande, bien chauffée, contenir un lazaret permettant un isolement complet.

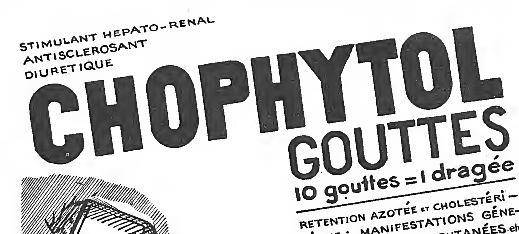
Nous avons des dispensaires dans tous nos centres d'enfants assistés, sauf dans l'Indre-et-Loire, la Haute-Marne et le Bas-Rhin où les enfants, avant de nous être confiés, sont placés à la pouponnière départementale, et ne nous arrivent qu'en bon état, et âgés d'environ trois mois. Dans le département de Seine-et-Marne, c'est grâce à M. Faure, inspecteur de l'Assistance, que nous avons pu créer et faire fonctionner un dispensaire important qui sert en quelque sorte de pouponnière dépositaire.

Pouponnière de passage.

Pour les enfants secourus, ayant des mères, nous avons, depuis quelques années, créé pour l'ensemble de notre œuvre une pouponnière de passage. Elle contient quinze lits, et peut recevoir, en plus, deux mères et deux enfants pendant le sevrage, si celui-ci ne peut être effectué au domicile de la mère.

Cette pouponnière, située à Fontenay-sous-Bois, accepte des débiles de zéro à deux mois et ne les envoie dans les centres que lorsqu'ils sont en état d'y progresser. Bien entendu, la cuti-réaction, les prélèvements buccaux et pharyngés, les Wasser-


VIVOLÉOL
HUILE DE FOIE DE MORUE
NATURELLE ET SÉLECTIONNÉE
Garantie active
et
riche en vitamines
(Facteur antirachitique
et facteur de croissance)
(Contrôle biologique rigoureux)
Enfants : 15 gouttes ou 1 et 2 cuillerées à café suivant l'âge.
Adultes : 1 cuillerée à soupe par jour.
LABORATOIRES
DU Dr ZIZINE
24, RUE DE FÉCAMP
PARIS XIIe
Vivoléol
IÉMET. JEP. CARRÉ_PARIS



RETENTION AZOTÉE ET CHOLESTÉRINIQUE ; MANIFESTATIONS GÉNÉRALES, DIGESTIVES, CUTANÉES etc.. DE L'INSUFFISANCE HEPATIQUE ; DE L'ADULTE ET DE L'ENFANT.

.... ET TOUTES LES INDICATIONS DU CHOPHYTOL-dragées

10 à 40 gouttes
1 à 3 fois par jour

FLACON COMPTE-GOUTTES SPECIAL ET BREVETÉ.

LABORATOIRES ROSA, 1, Rue Roger-Bacon Paris (XVIIe).

Les BAINS D'ŒIL au

CLEAROL

Hydrolat d'Hamamélis adréphédriné borosalicylé

ÉTENDU D'UN OU DEUX VOLUMES D'EAU CHAUDE



Calment
Antiseptisent
Décongestionnent

Tonifient
les conjonctives
et les paupières

Toutes inflammations et infections oculaires

ROGER, Pharmacien, 194, rue de Rivoli, PARIS

Conjonctivites
Blépharites
Orgelets
Dacryocystites
Congestions
Poches palpébrales
etc.

Hygiène oculaire

NÉO-SOLMUTH

SOLUTION HUILEUSE DE CAMPHOLATE DE BISMUTH

1 cc. = 0,04 cg Bismuth métal

Ampoules de 1 cc. **Ampoules de 2 cc.**

BOITES DE 12 AMPOULES

LABORATOIRE L. LECOQ & FERRAND

14, Rue Aristide-Briand, LEVALLOIS-PERRET (Seine)

mann sont pratiqués, et un traitement et un régime complets sont commencés, puis continués de la même façon ensuite dans le centre.

Les enfants ne restent jamais plus de trois mois à la pouponnière. Nous avons ainsi obvié aux inconvénients de l'une et de l'autre organisation.

Centre de grands enfants.

Enfin, ayant constaté au bout de quelques années que les nourrices élevant des petits enfants sont souvent moins habiles à les faire progresser lorsqu'ils ont grandi, nous avons été amenés à créer des centres réservés aux tout-petits, et des centres pour enfants plus grands. Lorsque le nourrisson a dépassé deux ans, nous le transférons automatiquement dans un de ces centres spéciaux, où une nourriture adaptée à son âge et d'autres soins lui sont appliqués. Ceci a encore l'avantage de libérer des nourrices dans le centre de petits pour de nouvelles arrivées.

Chaque centre comprend, outre la ou les infirmières qui y travaillent, une présidente bénévole, qui le visite régulièrement et qui reçoit chaque semaine des nouvelles précises des enfants.

Elle peut ainsi par téléphone dans des cas difficiles s'entendre avec l'infirmière et lui faciliter sa tâche. Elle est également en rapport avec le médecin, elle est un appui pour l'infirmière et représente l'œuvre avec autorité dans le pays.

Cette organisation très simple, presque rudimentaire, nous a permis des résultats d'année en année plus encourageants, et puisqu'il faut toujours terminer par des statistiques, je vous citerai les chiffres suivants, donnés par M. Faure dans son rapport en 1935.

Lorsque nous avons ouvert le centre de Melun en 1926, la mortalité des enfants assistés était de 34 p. 100. Elle a été, en 1935, de 2,8 p. 100.

Ces résultats sont dus à la collaboration constante du médecin et de l'infirmière.

Le centre vaut ce qu'ils valent tous deux... et nous avons été assez heureux pour réunir autour de nous des collaborateurs de premier ordre ; ils travaillent avec nous depuis de longues années et ne cessent de prodiguer à nos enfants leurs soins de tous les instants ; aussi, pendant l'année 1935, n'avons-nous eu à enregistrer, pour l'ensemble de nos centres, qu'une mortalité de 1,2 p. 100, la plus basse que nous ayons jamais eue, et qui, étant donné l'état déficient dans lequel nous ont été confiés la plupart de nos enfants, est une sorte de tour de force.

Ces quelques lignes n'ont pour but que d'encourager la création de ces centres si utiles. Bien souvent les bonnes volontés se heurtent aux difficultés budgétaires, et des organismes de sauvetage qui auraient pu être créés, ne le sont pas, parce que les grosses sommes d'argent qu'ils nécessitent n'ont pu être réunies.

Les petits centres que nous avons décrits demandent très peu d'argent, et leurs résultats peuvent être comparés à ceux des pouponnières les plus luxueuses.

L. ZIMMERN.

Vice-présidente de l'Association de Travail et d'Assistance.



REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE PÉDIATRIE

Wurzburg, 22-25 *juillet* 1936.

Ce Congrès a été tenu du 22 au 25 juillet, à Würzburg (Basse Bavière), sous la présidence du professeur H. Rietschel, directeur de la clinique infantile de Würzburg, assisté du professeur Goebel (Halle), secrétaire.

Les thèmes présentés dans les rapports étaient les suivants :

1. *Sérums antitoxiques et bactéricides.* Partie théorique : Gundel (de Berlin). Partie clinique et pratique : Kleinschmidt (de Cologne).

2. *Les anémies et les diathèses hémorragiques dans l'enfance.* Le sujet avait été divisé entre quatre rapporteurs :

a. Fondements théoriques : M. B. Schmidt (Würzburg) ;

b. Les érythroblastoses et les anémies primaires : Fanconi (Zurich).

c. Les anémies secondaires : Rominger (Kiel) ;

d. Les diathèses hémorrhagiques : Catel (Leipzig).

Beaucoup de communications ayant trait à ces deux thèmes ou concernant d'autres domaines de la pédiatrie ont été présentées. Les discussions ont été animées. L'ensemble a été d'un grand intérêt.

J'ai été invité à ce Congrès. Y étaient venus divers pédiatres : Wieland, Glanzmann, Baumann, Hotz (Suisse), Frontali, de Toni (Italie), Wallgren (Suède), Lorenz (Autriche) et bien d'autres.

Nous avons reçu un accueil particulièrement aimable et cordial de Mme et du professeur Rietschel, dans leur demeure artistement ornée. Nous avons, le 22 juillet, eu le plaisir d'entendre dans une salle de la belle « Résidence » un concert dirigé par le professeur Zielcher, directeur du Conservatoire de la ville de Würzburg : cet établissement musical tient en Allemagne une place éminente. Nous avons pu nous rendre compte par nous-même que cette place est méritée. Choix du programme, exécution instrumentale, tout a été d'une haute qualité.

Le lendemain, nous avons reçu l'hospitalité de la ville de Würzburg. Il nous a été ainsi donné d'apprécier les vins locaux que fournissent les coteaux avoisinant la ville, vins réputés à l'égal de ceux du Rhin ou de la Moselle. Dans cette soirée, nous avons entendu une allocution d'un délégué de la municipalité würzbourgeoise.

Dans l'intervalle des séances, les congressistes ont admiré Würzburg, vieille cité franconienne, traversée en son centre par le Mein et à l'intérieur de laquelle on peut admirer de nombreux édifices religieux, le si intéressant musée, les belles promenades la forteresse de Marienberg, et surtout la Résidence, construite au XVIII[e] siècle, et qui a été longtemps occupée par les princes évêques.

J'emporte de ce Congrès le meilleur souvenir et je tiens à exprimer ici ma vive gratitude à Mme et au professeur Rietschel, qui ont été des hôtes parfaits.

M. PÉHU (*de Lyon*).

XXIV[e] CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Paris 12-14 *octobre* 1936.

PREMIÈRE QUESTION.

LES MÉNINGITES AIGUES CURABLES

PREMIER RAPPORT.

Les méningites aiguës bénignes de l'adulte.

Par M. ROCH (Genève).

Le rapporteur envisage exclusivement des méningites parfois violentes et sans séquelles. Il les distingue en deux groupes :

Méningites d'origine connue ou phanérogénétiques ;

Méningites cryptogénétiques.

I. — Méningites phanérogénétiques.

1° **Méningites provoquées par la ponction lombaire.** — Ces accidents, d'ailleurs rares, demeurent généralement légers ; leur origine infectieuse semble devoir être éliminée et ils résultent vraisemblablement d'une irritation mécanique. Des réactions plus intenses peuvent survenir en cas de réintroduction même immédiate de quelques centimètres cubes du liquide céphalo-rachidien retiré.

2° **Méningites provoquées par introduction de substances hétérogènes dans le canal rachidien.** — Ces réactions, à peu près constantes, sont facilement réalisables expérimentalement, notamment par injection intrarachidienne d'une solution diluée de caséine. La réaction cellulaire, assez variable, est d'abord une polynucléose, puis une lymphocytose. Les injections répétées créent une sorte d'accoutumance.

3° **Méningites par réactions anaphylactiques locales.** — Le type en est la méningite sérique qui, malgré sa gravité apparente, évolue spontanément et rapidement vers la guérison complète.

4° **Méningites par réaction anaphylactique générale ou par réaction idiosyncrasique.** — Même en dehors de toute intervention locale, la maladie du sérum peut être la cause d'une réaction méningée (hydrocéphalie angioneurotique de Quincke) ; elle peut coïncider avec l'urticaire.

5° **Méningites vermineuses.** — Elles doivent être rapprochées des méningites anaphylactiques. Elles sont le plus souvent dues aux ascaris.

6° **Méningites toxiques.** — La réaction méningée aiguë provoquée par le saturnisme est rarement bénigne. L'alcool provoque plus souvent des pachyméningites chroniques que des accidents méningés aigus. L'oxyde de carbone, l'aniline, l'antipyrine, les intoxications alimentaires ont été incriminées.

7° **Méningites par auto-intoxication.** — On peut ranger dans ce groupe certains troubles digestifs, particulièrement chez les enfants, certaines auto-intoxications, certaines maladies de la nutrition : on en a signalé des exemples dans l'ictère, le diabète, la goutte, le mal de Bright. Dans ce dernier cas, syndrome liquidien et mani-

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

festations cliniques ne vont pas toujours de pair ; les polypeptides sont plus vraisemblablement en cause que l'urée. Dans le diabète, on a incriminé l'acidose.

8° **Méningites bénignes provoquées par un traumatisme.** — Il ne s'agit ici que des méningites aseptiques. Habituellement bénignes, elles peuvent conduire à des états inflammatoires chroniques avec hypertension généralisée du liquide céphalo-rachidien ou hypertensions localisées réalisant un syndrome de pseudo-tumeur cérébrale.

9° **Méningites provoquées par l'insolation.**— On peut observer des troubles allant de la réaction méningée à la méningite et à l'hémorragie méningée. Le rapporteur envisage trois mécanismes : action pénétrante directe des rayons solaires, action toxique due à la désintoxycation des cellules du tégument externe brûlées par le coup de soleil, action thermique.

10° **Méningites bénignes provoquées par un foyer infectieux de voisinage.** — Il s'agit de méningites aseptiques qui guérissent rapidement par simple drainage du foyer infecté.

11° **Formes atténuées des méningites infectieuses.** — Toutes les infections peuvent être à l'origine de méningites atténuées ; la méningite à méningocoques elle-même peut se présenter exceptionnellement sous forme de méningite à liquide clair ne contenant pas d'éléments cellulaires ou contenant des lymphocytes.

12° **Méningites tuberculeuses.** — On observe parfois chez les tuberculeux des épisodes méningés curables qu'on a attribués au bacille de Kock, à sa forme filtrante ou à sa toxine ; la preuve de leur nature tuberculeuse est bien difficile à faire en l'absence d'inoculation positive. Le même doute plane sur les épisodes méningés observés au cours de l'érythème noueux.

13° **Méningites syphilitiques.** — Au cours de la période secondaire, on peut observer tous les intermédiaires entre la « méningite histologique » et la méningite aiguë accentuée. Parfois on observe, six à douze semaines après la cessation du traitement, des méningites retardées pour lesquelles le rôle du biotropisme et du médicament a pu être invoqué. Les méningites aiguës tertiaires ou hérédo-syphilitiques sont des exceptions. Dans tous ces cas, les lésions des méninges semblent un point d'appel pour les inflammations méningées d'autre nature.

14° **Méningites dans les spirochétoses.**— Outre sa forme ictérique, la spirochétose ictéro-hémorragique peut déterminer une forme méningée pure bien décrite par Costa et Troisier et qui se distingue par l'existence d'herpès et d'injection conjonctivale. Le liquide céphalo-rachidien, peu chargé en albumine, est très riche en mononucléaires, puis en lymphocytes. Les chlorures ne sont pas notablement abaissés, et la glycorrachie demeure normale. La guérison est habituelle, avec ou sans rechute. Le diagnostic est confirmé par l'inoculation du sang et du liquide céphalo-rachidien et par le séro-diagnostic.

Il faut aussi signaler la fièvre de vase des auteurs alle-

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

mands, la spriochétose française de N. Fiessiuger, la fièvre d'automne et la fièvre de sept jours du Japon, la fièvre de einq jours de Sumatra, le typhus réeurrent, le sodoku.

15° **Méningite des jeunes porchers.** — Cette affeetion est assez répandue en Suisse et en Savoie chez les sujets travaillant dans les laiteries. Elle est caraetérisée par un état fébrile évoluant en deux poussées séparées par quelques jours d'apyrexie. Les symptômes méningés, aecusés mais peu durables, eousistent en une réaetion cellulaire eonsidérable mais passagère avee hyperalbuminose et maintien du taux uormal du ehlore et du glueose.

16° **Méningite ourlienne.** — Il n'existe aucun parallélisme entre l'intensité de la réactiou cytologique méningée, presque eonstante au eours des oreillons, et eelle des signes eliniques qui ne s'observent que dans 23 p. 100 des eas et semblent dépandre plutôt d'un proeessus eneéphalitique. Au cas où la méningite préeède les oreillons, le diagnostie est fort diffieile avee la méningite tuberculeuse; cepeudaut, dans les oreillons, l'albumine est peu abondante, le taux des ehlorures et du glucose reste uormal.

17° **Méningite zostérienne.** — Ici eucore, la dissociatiou est fréquente entre les symptômes cliniques, très ineonstants, et les altérations du liquide eéphalo-raehidieu. La possibilité d'éruptions zostériformes secoudaires à des méningites rend d'ailleurs l'interprétation de ces cas fort délieate.

18° **Méningite herpétique.** — Son autonomie est eneore plus eontestable, étant donnée la fréquenee avec laquelle on reneontre l'herpès comme symptôme au eours des méningites les plus diverses. Néanmoins, il semble bieu que l'existeuce des réaetions méningées d'origine herpétique ne puisse être niée.

19° **Méningites dans les affections aiguës du système nerveux central.** — Les diverses lésions eérébrales génératrices d'ietus, les abeès, les tumeurs, la chorée, la sclérose en plaques peuvent se compliquer de méningite ; elle reste au seeond plan. Quant aux eneéphalites et encéphalo-méningites qui complètent les maladies de l'enfant, elles peuvent aussi atteindre l'adulte ; on peut se demander si ees eneéphalites sont bien dues aux maladies en eause ou si elles n'ont pas ouvert la porte à un virus spécifique qui pourrait bieu être celui de l'eneéphalite épidémique.

20° **Méningites poliomyélitiques.** — Les formes à début méningé sont relativement fréquentes. Mais il ue semble pas qu'il faille en étendre exagérément le domaine et considérer trop souveut la méningite lymphocytaire bénigne eomme une forme fruste de maladie de Heine-Mediu.

21° **Méningites de l'encéphalite léthargique.** — On a attribué à la eéphalite plusieurs eas de réaetions méningées eurables, avee un taux élevé de ehlorures et de glueose dans le liquide eéphalo-rachidien.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

II. — Méningites cryptogénétiques.

Le rapporteur, tout en admettant que de ce second groupe on pourra isoler encore toute une série de méningites d'étiologie connue, pense que la majorité de ces méningites forment une véritable entité nosologique.

Il insiste sur leur caractère pandémique ; cette pandémie a commencé en 1920, a atteint son acmé dix ans plus tard, et est actuellement en voie de disparition. Cette notion est appuyée par une revue de tous les cas publiés dans la littérature mondiale. Dans la plupart de ces cas, des recherches étiologiques ont été faites ; elles sont presque toutes restées négatives. On peut cependant retenir quelques résultats positifs : Eckstein, par inoculation au singe, a obtenu une méningo-neuraxite avec ataxie et phénomène bulbaire ; Hissard, par inoculation à l'œil du lapin, a obtenu une maladie voisine de l'herpès expérimental ; Armstrong a isolé de l'encéphalite de Saint-Louis un virus filtrant pathogène pour la souris et le singe ; le sérum de sujets atteints de méningite aseptique contient des corps immunisants contre ce virus ; Findlay a obtenu un virus semblable chez des souris et chez deux malades atteints de méningite aiguë à lymphocyte. Pour intéressants que soient ces faits, ils n'apportent pas de critère bactériologique ou sérologique de la méningite lymphocytaire bénigne.

Les caractères cliniques gardent donc toute leur valeur. C'est une maladie de l'adulte jeune, de l'adolescent ou du grand enfant. Le début est brusque, sans prodiomes. La céphalée, la raideur de la nuque, le signe de Kernig, les vomissements sont habituels ; la constipation est plus rare ; l'atteinte des nerfs craniens est exceptionnelle. Le psychisme est peu atteint ; le délire est rare, le coma plus encore. La ponction lombaire atténue habituellement les symptômes.

Les signes d'infection générale consistent en troubles digestifs, frissons, fièvre aux environs de 39°. Le pouls est peu ralenti.

La durée de la maladie dépasse rarement cinq à huit jours et guérit sans rechutes ni séquelles.

La ponction lombaire montre une pression un peu élevée, un liquide limpide ou opalescent. Le nombre des éléments figurés, très variable, oscille habituellement entre 100 et 600 éléments par mètre cube ; la prédominance des polynucléaires est parfois notée au début, mais fait rapidement place à de la lymphocytose. Le taux des protéines est relativement peu élevé (0,30 à 0,50) ; les réactions des globulines sont positives. Le taux des chlorures, celui du glucose restent normaux. A côté de ces caractères cliniques et biologiques, un des meilleurs moyens de diagnostic est fourni par l'épidémiologie.

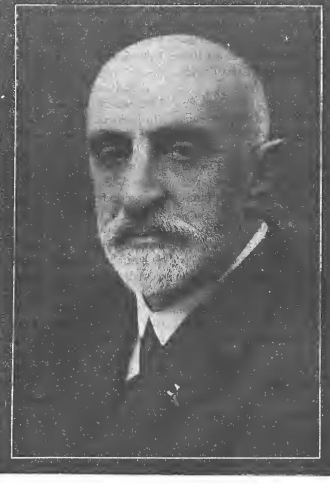
Quant à la nature de la maladie, le rapporteur retient deux hypothèses : ou bien il s'agit d'une affection autonome due à un virus non encore isolé ; ou bien, et c'est à son avis l'hypothèse la plus vraisemblable, il s'agit d'une forme anormale d'encéphalite épidémique.

NÉCROLOGIE

JEAN CHARCOT (1867-1936)

Encore un grand Français que l'on ne peut laisser entrer dans l'histoire sans rappeler quelques traits de cette existence toute vouée à l'Humanité et à la Patrie.

Jean Charcot était né à Neuilly dans cette « maison de campagne » où il s'était fixé définitivement. Il y goûtait un bonheur sans nuages, entouré de la tendre affection et de la touchante sollicitude de sa femme, de ses filles, de son gendre, devant la douleur desquels on ne saurait s'incliner assez bas. Sa pièce préférée était le cabinet de travail dont il était si fier de faire les honneurs. Il n'y avait pas, en effet, un motif de décoration, une toile, un moulage, un cuir repoussé, une pyrogravure, une broderie qui ne fût l'œuvre de l'un des siens, car le culte et la pratique de l'art étaient aussi en honneur dans sa famille naturelle que dans celle qu'il avait fondée. C'est à cette table sur laquelle son père rédigeait ses leçons et où lui-même, enfant, dessinait sans trêve des bateaux, qu'il a écrit dans ce style alerte et concis qui lui était propre, les nombreux volumes qui tous nous ont charmés par l'intérêt et par l'émotion qu'ils suscitent.



Le Dr Jean Charcot.

Il aimait aussi cette maison de Neuilly parce qu'elle lui rappelait toute sa jeunesse. C'est devant elle qu'il prenait chaque matin la « diligence » qui, après une bonne heure de trajet, le déposait à l'École alsacienne où il fit d'excellentes études. Mais déjà la mer l'attirait et il se serait certainement dirigé vers l'École navale si le plus cher désir de sa famille n'eût été de lui voir embrasser la carrière médicale. A bout d'arguments, sa mère lui disait : « Tu veux donc devenir navigateur ? » et il lui répondait invariablement : « Pourquoi pas ? ». En bon fils qu'il était, il lui donna cette satisfaction et se mit courageusement au travail. Il arriva à l'Internat au cours duquel il entra chez les chefs de service les plus recherchés alors : Brissaud, Raymond, Hanot. Sa première année se passa à la Salpêtrière. Il y travailla avec la même ardeur que les autres, à son rang, comme le plus modeste des stagiaires, ne voulant rien devoir à sa filiation. Avec ses amis Blin et Collin il fonda une petite revue, lithographiée, *les Leçons du mardi*, qui reproduisait in extenso la dernière clinique. Car le mardi était le grand jour où l'on venait de partout entendre Charcot, alors à l'apogée de la gloire. Ce n'étaient pas seulement des médecins qui se pressaient autour de lui, mais aussi les personnalités les plus marquantes de la magistrature, des sciences sociales et philosophiques. Dans le tableau bien connu de Brouillet, on reconnaît Vulpian, Cornil, Marey, Brown-Séquard, Bourneville, Richer et tant d'autres. Jean est entre Mathias Duval et Brissaud. Son père mort, il devint chef de clinique de Raymond, qui lui avait succédé. Un an après, notre ami quittait la Salpêtrière, non sans avoir fait don à l'assistance publique de l'inestimable bibliothèque paternelle. Il avait marqué son passage dans cette maison par d'importants travaux : une excellente thèse sur *la Polyomyélite antérieure chronique* et plusieurs monographies qu'il signa soit seul soit avec des

NÉCROLOGIE *(Suite)*

collaborateurs comme Gilles de la Tourette et Dutil.

De la Salpêtrière, il alla à l'Institut Pasteur où il s'attaqua au problème du cancer. Malgré trois années d'efforts soutenus, d'expériences variées, pour lui comme ceux qui l'ont précédé et suivi dans ces recherches, le cancer garda son mystère. Il en fut déçu, beaucoup moins pour ne pas avoir réalisé le rêve d'une découverte biologique sensationnelle, que de n'avoir pu apporter sinon la guérison, du moins un soulagement à ces malheureuses dont les services de chroniques de la Salpêtrière lui montraient chaque matin l'attristant tableau. A Pasteur, comme partout où il a passé, il se créa de précieuses amitiés. Roux l'avait en particulière estime.

Mais la mer ne lâchait pas sa proie. Rien ne pouvait changer cette vocation ; ni les satisfactions d'amour-propre, ni cette notoriété naissante, ni cette nomination qui l'avait flatté, de chef de laboratoire des recherches maritimes à l'Ecole pratique des hautes études commerciales ; pas même la douceur et le charme de son milieu familial. Il n'y avait pas d'attention dont ne le comblassent son père, sa mère, ses deux sœurs qu'il aimait, elles aussi, tendrement. Cette maison était un vrai Paradis terrestre. La soirée du dimanche était réservée aux amis des enfants, et elle se passait dans la plus touchante simplicité ; toutes les facéties, toutes les plaisanteries, tous les sujets de conversation étaient permis. Jean invitait ceux qu'il voulait ; tous étaient accueillis avec la plus parfaite bonne grâce : quelques-uns le furent comme un fils et la gratitude qu'a vouée à cette famille celui qui trace ces lignes, les yeux embués de larmes, ne s'éteindra qu'avec lui.

Enfin l'heure du bateau, de la croisière sonna : les parents offrirent d'abord à leur fils une petite goélette, le *Pourquoi-pas ?* qui lui permit de faire Jersey, Guernesey, les Shetland, les Hébrides ; *Le Français* suivit, qui le mena en Antarctique, et enfin le dernier *Pourquoi-pas ?* sous le pavillon, duquel, malgré la pauvreté des moyens, mais grâce au courage et à la science de ses compagnons, il effectua ces expéditions qui tiennent de l'épopée, et il dota de sensationnelles découvertes toutes les branches de la science. Ce n'est pas à moi à en parler car Jean Charcot était membre de l'Institut, de l'Académie de médecine, de l'Académie de marine, de la Société de géographie. Il y aura donc dans chacun de ces collèges un président, qu'il soit professeur, amiral ou maréchal de France, qui aura la compétence et l'autorité pour montrer la grandeur de son œuvre et rappeler ses hautes vertus morales.

Ses vertus ? il en avait trois dans lesquelles s'intègrent toutes les autres : la bonté, le patriotisme, le courage.

Sa bonté était légendaire : il avait le culte de la famille : il fut un fils, un frère, un mari, un père exemplaire. Il avait aussi le culte des amis. Il n'y avait pas une infortune sur laquelle il ne s'apitoyât, une détresse qu'il ne secourût. Il était toujours prêt à intervenir auprès de son père en faveur d'un camarade. Il avait pour eux les attentions les plus touchantes, et dans son bel article de la *Presse médicale*, Sergent raconte combien il fut ému de le voir un jour venir spécialement de Saint-Servan, pour assister à sa dernière clinique de la Charité.

Il était aussi la Providence de ses marins. Tout l'intéressait en eux : santé, famille, avenir. Un incident qui se passa au moment du dernier départ du *Pourquoi-pas ?* le peint tout entier. A l'heure de lever l'ancre, on s'aperçoit qu'un homme n'a pas rejoint. Pour un inscrit, c'est grave ; Charcot attend, patiente, retarde sous des prétextes divers le signal du départ. Une seule chance à tenter. Il envoie une automobile au domicile du retardataire, à quelques kilomètres de Saint-Malo : l'homme ne résiste pas à l'appel de son chef. Il était temps, car la mer baissait et c'est de justesse que le bateau put franchir l'écluse.

Sa bonté s'étendait aux animaux : sur ce point il était intransigeant. On n'avait le droit de les tuer que dans certaines conditions ; jamais de les faire souffrir. C'est avec cette restriction formelle qu'il acceptait la vivisection, car il savait très bien que, sans elle, Claude Bernard n'eût pas fait la physiologie du bulbe et Pasteur les vaccinations charbonneuse et rabique. Les oiseaux lui étaient particulièrement chers, et je voudrais conter l'histoire de cette mouette qui a été l'objet d'une de ses dernières lettres à ses enfants. Une pauvre mouette, blessée par le tempête, était venue s'échouer sur le pont du *Pourquoi-pas ?* Charcot la recueillit, la soigna, fit disposer sur le pont un récipient rempli d'eau de mer assez profond pour qu'elle pût plonger et saisir de son bec les morceaux de thon de conserve qu'on y avait jetés. Quand elle fut guérie, il voulut lui rendre sa liberté, mais la pauvre bête suivait le navire, tournait autour et finalement venait se réfugier sur le pont. Profondément ému, il l'adopta définitivement et fit construire une cage dans laquelle il voulait la rapporter avec lui à Neuilly. Elle a partagé son triste sort. Cette anecdote me revenait en mémoire samedi sur le quai de Saint-Malo. Au moment où le cercueil du commandant, recouvert de l'étamine aux trois couleurs, quittait la cale de l'*Aude*, enlevé par le bras vertical du mât de charge, une mouette,

---

NÉCROLOGIE *(Suite)*

une seule, — toujours la même, — est venue tourner au-dessus de lui jusqu'au moment où il fut déposé sur le seuil de la chapelle ardente. Je livre — sans commentaires — ce petit fait aux méditations des radiesthésistes.

Albert Ier de Belgique, qui s'y connaissait lui aussi en courage, avait pour le commandant du *Pourquoi-pas ?* mieux que de la sympathie. Ils s'étaient rencontrés dans leurs conversations sur le chapitre de l'amour et de la protection des bêtes et, dans sa modestie, Charcot attribuait à leur communion dans ce sentiment une grande part de l'amitié dont l'honorait le Roi chevalier.

Son patriotisme était intransigeant : il n'admettait pas que l'on touchât à la France. Il aimait l'armée, il aimait servir, et pendant notre volontariat, ne trouvant pas dans la monotonie de cette vie de caserne un aliment suffisant à son activité, il demanda à partir dans une compagnie de chasseurs alpins. Il ne la quitta pas pendant ces trois mois de marches — manœuvres dans les vallées de la Tinée et de la Vésubie. Et cependant l'entraînement était sévère, les étapes longues, le logement et la table le changeaient singulièrement du confort qu'il trouvait au foyer paternel. Rien n'altéra sa bonne humeur et son entrain ; il se fit des amis parmi les officiers et parmi les hommes, les « vitriers » comme on les appelait à cause de la hauteur du paquetage qu'ils portaient sur le dos. Il conserva les relations les plus cordiales avec le commandant du bataillon qui devait devenir le général Pau.

C'est le patriotisme qui a inspiré tous les actes de sa vie, et quand il allait au Groenland porter aux Esquimaux les bienfaits de la civilisation, il le faisait certes dans un but d'humanité, mais aussi pour augmenter le rayonnement moral de la France.

Il y avait sur la passerelle du glorieux navire une plaque d'argent vissée sur un large panneau d'acajou, qui était l'objet d'une véritable vénération. Elle avait été offerte par Mgr de Guébriant, en reconnaissance du secours, que sur l'intervention pressante de Charcot auprès de Lockroy alors ministre, lui avait apporté la marine française, au moment de l'insurrection des Boxers. Lorsque, pendant les périodes de calme, un membre de l'équipage demandait au commandant ce qu'il y avait au rapport pour la journée : « Voilà », disait-il, en montrant de son index le ruban d'argent sur lequel était inscrite la fière devise de l'armée de mer, « *Honneur et Patrie* ».

Cette plaque fut retrouvée sur la grève non loin du corps de notre ami, où le flot l'avait par miracle rejeté. Des mains pieuses l'accrochèrent dimanche au cénotaphe de la place Saint-Vincent à Saint-Malo et la déposèrent lundi sur son cercueil à Notre Dame.

De son courage, on n'en peut mieux parler que l'a fait Jean-Louis Faure dans le beau livre qu'il lui a consacré : *Avec Charcot au Groenland*. Il nous le montre, toujours confiant, tenant tête à la tempête, d'autant plus calme que le danger devient plus menaçant. D'ailleurs, pour faire ce qu'il a fait pendant la guerre, il faut avoir le cœur bien trempé. Mobilisé comme médecin de marine à Cherbourg, il eut vite la nostalgie de l'action et du danger et il demanda à participer à la chasse aux sous-marins : il voulait mettre en application les observations qu'il avait faites sur l'immersion des grands cétacés et les traces qu'ils laissent ainsi à la surface de l'eau.

Sa mort fut la plus belle expression de son courage. Dans une charmante petite brochure, *Charcot intime*, Souques, qui fut l'élève justement préféré du père et un des meilleurs amis du fils, raconte la fin dramatique du maître, terrassé, la nuit, par une crise d'œdème pulmonaire, dans une modeste auberge du lac des Settons, et il ajoute, faisant allusion à une crise d'angor dont le professeur avait été pris quelque temps auparavant au cours d'une clinique qu'il ne put terminer : « N'eût-il pas mieux valu qu'il mourût ce jour-là, en pleine leçon, dans cette Salpêtrière où il avait connu la gloire ? »

Cette mort glorieuse refusée au père a été accordée au fils ; Jean Charcot a eu la fin qu'il méritait et qu'il désirait. Son âme de grand marin n'en concevait pas d'autre, et les détails que dans leur simplicité touchante, nous a donnés l'unique survivant de la catastrophe ajoutent, si possible, à sa grandeur.

Voilà l'homme que nous pleurons. Je ne chercherai pas, pour terminer, quelque phrase grandiloquente qui eût froissé à sa modestie. Inclinons-nous bien bas devant sa belle figure et inspirons-nous du grand exemple qu'il nous laisse.

P. NOGUÈS.



NÉCROLOGIE

MAURICE PARAT

(1899-1936).

C'est en plein épanouissement d'une carrière particulièrement brillante qu'une mort brutale et imprévue a fait disparaître en septembre dernier cette belle intelligence à laquelle de longs espoirs étaient permis.

Après d'excellentes études secondaires poursuivies à Nancy durant la première partie de la guerre, Maurice Parat part au front pour y accomplir son devoir.

Au retour de la guerre, dans une première étape uniquement médicale il est nommé externe des hôpitaux de Paris.

Bientôt, sous l'influence de son maître Prenant, il prépare sa licence puis sa thèse de sciences. Il est successivement assistant puis chef de travaux du professeur Wintrebert au laboratoire d'anatomie et d'histologie comparée de la Sorbonne.

Sa thèse de sciences, consacrée à l'étude morphologique et physiologique du protoplasme, met en évidence ses qualités remarquables de cytologiste qui le font apprécier tant en France qu'à l'étranger.

Sa contribution principale est d'avoir homologué dans la cellule animale le vacuome à l'appareil de Golgi.

Durant ces dernières années il publie plusieurs travaux remarqués, entre autres sur l'histophysiologie des organes digestifs chez l'embryon, sur la formation du sang chez le fœtus de mammifère, sur la coloration vitale dans la série zoologique, sur la spermatogenèse, etc.

Plus récemment, nommé chef de laboratoire du professeur Proust, il poursuit des recherches anatomo-pathologiques, études sur le placenta dans les grossesses tubaires, sur l'index kariokinétique dans les épithéliomas malpighiens du col, etc.

Enfin, depuis quatre ans, au cours de l'été, il accompagne J. Charcot sur le *Pourquoi Pas?* Il ne cesse cependant d'accumuler des observations et de récolter des documents qui sont, dans des domaines divers, l'objet de nouvelles publications :

En 1932, 1933 et 1935 quelques observations d'histoire naturelle et de géographie physique recueillies au cours de la croisière Charcot ;

sur les associations animales des côtes de l'Ile Jean Mayen ;

sur l'Oxfordien et le Kimmeridjien de Milne Land (Groenland) (1936).

Le dernier voyage du *Pourquoi Pas ?* se termine alors dans les circonstances tragiques qui demeurent présentes à la mémoire de tous, entraînant la fin de tout l'équipage, sauf d'un matelot.

Apprécié et aimé de ses maîtres, de ses amis, de ses élèves, le souvenir de Maurice Parat demeurera inaffaçable dans le cœur de tous ceux qui l'ont connu.

POUMEAU-DELILLE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 octobre 1936.

La recherche du bacille de Koch par la culture des selles. — MM. F. BEZANÇON, P. BRAUN et Mlle AVELINE, ont cherché à appliquer à la culture des selles les méthodes qui rendent tant de service pour la culture des crachats.

Ces méthodes ne peuvent être utilisées qu'avec un certain nombre de modifications.

Après action de la lessive de soude sur les selles, ils introduisent dans le mélange un antiseptique, le quinosol (sulfate de potasse et d'orthoxyquinoléine) au 500e, puis ajoutent une abondante quantité d'eau pour dissoudre les savons qui se forment par action de la soude sur les graisses des selles.

Après filtrage grossier, on centrifuge, et après correction du degré d'acidité, on ensemence le culot obtenu sur un grand nombre de tubes renfermant le milieu de Pétragnani-Loweustein.

Le procédé est applicable à la recherche du bacille dans les selles d'enfants.

Les recherches des auteurs ont porté sur 231 selles provenant d'enfants et d'adultes, de tuberculeux, de suspects et d'individus normaux.

Chez 105 adultes normaux et 23 enfants normaux, la culture est restée négative.

Dans 57 cas de tuberculose cliniquement avérée, il a été obtenu des cultures positives.

Parmi ces cas, il y en a 6 où aucune autre méthode n'avait à aucun moment révélé de bacilles.

Ils font ressortir une fois de plus combien, dans certains cas, il s'agit de faibles éliminations de bacilles, puisque l'on n'obtient souvent que de rares colonies sur 15 ou 20 tubes ensemencés.

La sécurité et la valeur de la méthode sont démontrées par le fait que l'on ne trouve pas de bacilles chez les individus normaux et que l'on en trouve toujours chez les tuberculeux avérés, cracheurs de bacilles.

Les auteurs n'ont constaté que dans 2 cas des bacilles paratuberculeux ; il s'agissait dans ces cas de colonies chromogènes, non virulentes. Ils estiment d'ailleurs que, en principe, l'identification du bacille par l'inoculation du bacille au cobaye devra toujours être faite, et que tout au moins dans la pratique, toutes les fois qu'il peut y avoir doute ou désaccord entre le laboratoire et la clinique, l'inoculation des colonies au cobaye est indispensable.

Acide ascorbique et sclérose en plaques. — MM. J. LÉPINE, F. ARLOING, A. MOREL et JOSSERAND ont cherché

à combattre les phénomènes de dénutrition du tissu nerveux qui caractérisent la sclérose en plaques, par l'injection intraveineuse de solutions de corps dérivés de l'acide ascorbique et contenant dans leur molécule Fe et Mg. L'association de ces corps peut s'interpréter comme excitant les processus fermentaires normaux sans être spéciale à la sclérose en plaques ; elle donne, dans cette maladie, des résultats encourageants.

Quatre épidémies de diphtérie à la Maternité de Lariboisière. — M. L. DEVRAIGNE. — Du 20 janvier 1935 au 8 mars 1936, l'auteur a observé dans son service quatre épidémies de diphtérie. Sur 54 enfants malades, il y a eu 9 morts, 16,66 p. 100.

Les prématurés résistent moins bien. La contaminatios se fait par les visites, ou lors d'un séjour de quelques jours en ville si la mère revient dans le service, ou par de, infirmières. Presque toujours, il s'agit de diphtérie nasale, dans 3 cas le bacille de Lœffler fut trouvé sur les plaques ptérygoïdiennes ; deux jumeaux moururent de diphtérie oculaire dans le service.

L'évolution est sournoise : la courbe de poids ne remonte pas, l'enfant est pâle, prostré, un coryza survientt sérieux, muco-purulent, d'abord unilatéral ; l'enfantète mal, pâlit ou se cyanose et meurt plus par intoxication que par gêne mécanique.

Pas d'angine à fausses membranes, pas d'adénopathie. On pense toujours à la syphilis (souvent gros placenta) et pas assez à la diphtérie. Il faut toujours faire les ensemencements sur sérum de bœuf coagulé ; se méfier des enfants repris avec leur mère à l'isolement, après sortie du service ; ne pas reprendre en maternité les infirmières contaminées et guéries. Surveiller spécialement la crèche du personnel.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 30 octobre 1936.

L'insuline-retard. — MM. M. LABBÉ et R. BOULIN ont expérimenté une nouvelle insuline représentant une combinaison de l'hormone langerhansienne avec une protamine extraite du saumon, et qui a été l'objet de multiples publications à l'étranger. Ils ont étudié d'une part la courbe nycthémérale de la glycémie après injection d'une dose donnée de cette insuline, d'autre part l'action sur la glycémie à jeun et la glycosurie de traitements prolongés à l'aide de cette insuline ; ils ont comparé les résultats obtenus avec ceux donnés par la même dose d'insuline habituelle.

Il ne leur a pas semblé que la nouvelle insuline ait sur la courbe glycémique non plus que sur la glycémie et sur la glycosurie une action très différente de l'insuline habituelle. Dans l'ensemble, les résultats sont très voisins et les variations se font dans un sens tantôt favorable, tantôt défavorable à l'insuline-retard.

La petite quantité d'insuline-retard mise à leur disposition n'a pas permis une large expérimentation ; les résultats qu'ils ont obtenus jusqu'à présent ne leur paraissent pas justifier une substitution de la nouvelle insuline à l'ancienne.

Virage de la réaction tuberculinique au cours de l'érythème noueux. — M. ROBERT LEMAIRE.

Syndrome de Guillain-Barré fruste au cours d'une tuberculose pulmonaire évolutive. — M. N. VASILESCO (Bucarest).

Sur la crise dite acétonémique. A propos d'un coma hypoglycémique spontané. — MM. J. CATHALA, S. B. BRISKAS et Mlle LORAIN ont fait, au cours d'une crise d'acétonémie à forme comateuse, l'étude des réactions humorales, sans aucune intervention thérapeutique. Voici leurs constatations :

1° La période de coma correspond à une dépression très forte de la glycémie et accessoirement du pH et de la réserve alcaline.

2° Les symptômes se dissipent spontanément, bien avant que ses diverses perturbations aient été compensées.

3° Pendant la période nocturne qui suit l'attaque, ces valeurs subissent un nouvel effondrement qui ne se traduit cette fois par aucun symptôme clinique. Il n'y a donc aucune correspondance entre l'apparition de tel symptôme et la constatation fortuite de telle valeur numérique soit de la glycémie, soit du pH ou de la réserve alcaline.

4° La prise de bicarbonate de soude exagère l'élimination urinaire des produits cétoniques.

Dans une période ultérieure les épreuves d'hyperglycémie et les régimes cétogènes ou chargés en glucides ont donné lieu aux constatations suivantes :

1. Des chutes profondes, mais lentes, de la glycémie jusqu'à des valeurs de 0gr,22 et 0gr,24 ne se traduisent par aucun phénomène clinique.

2. Un jeûne hydrocarboné de vingt-quatre heures provoque bien une hypoglycémie et une chute de la réserve alcaline, mais sans traduction clinique.

3. L'hyperglycémie provoquée est lente à se produire, se prolonge de façon anormale et est suivie d'une dépression imputée par son ampleur.

4. Au régime normal fortement chargé en hydrates de carbone, il peut se produire de fortes dépressions de la glycémie avec réaction clinique.

5. Il faut souligner l'influence singulière du régime. Un régime cétogène déclanche une hypoglycémie sans acétonurie. A un régime riche en hydrates de carbone correspond une forte dépression de la glycémie avec accidents cliniques. A un régime pauvre en hydrates de carbone correspond une hyperglycémie.

Les auteurs soulignent le danger des injections d'insuline à l'aveugle sans repérage de la glycémie.

Les faits constatés trouveraient sans doute une explication cohérente dans la théorie de l'hyperinsulinisme proposée par Schiff et Fanconi; il est intéressant de les rapprocher des faits d'hypoglycémie alimentaire de MM. Labbé et R. Boulin.

M. LELONG pense également qu'au point de vue pratique la crise de vomissements avec acétonémie s'accompagne d'un syndrome biologique complexe : hypoglycémie initiale parfois suivie d'hyperglycémie secondaire. Ce syndrome constitue une contre-indication formelle à l'emploi de l'insuline au début de la crise. La pathogénie de ces faits reste encore très obscure.

Le facteur humoral dans l'anergie morbilleuse. — MM. V. DE LAVERGNE et H. ACCOYER pensent que, dans l'anergie morbilleuse, entre en jeu un facteur d'ordre humoral. Du sérum de rougeoleux est recueilli de jour en

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

jour au cours de la maladie et de la convalescence par la méthode de Prausnitz-Kustner; on explore l'action de ces échantillons de sérum sur l'intensité des cuti-réactions tuberculiniques pratiquées sur un sujet allergique. Du cinquième au neuvième jour de la rougeole, en moyenne, le sérum possède un pouvoir atténuant ; il existe donc un décallage d'environ quatre jours entre le test cutané d'anergie morbilleuse (cuti-réaction négative) et ce pouvoir atténuant du sérum.

Le sérum d'un sujet non allergique possède le même pouvoir atténuant que le sérum de rougeoleux prélevé du cinquième au neuvième jour ; dans ce laps de temps, ce dernier, sous l'action du virus morbilleux, perd donc son pouvoir spécifique pour retrouver ses propriétés naturelles.

Anévrysme de l'aorte thoracique à symptomatologie pleuro-pulmonaire impossible à identifier par la clinique ou la radiologie. — MM. R. Benda et M. Kipfer soulignent toutes les difficultés cliniques et radiologiques de leur observation, difficultés auxquelles s'ajoute l'impossibilité d'une interprétation anatomique et pathogénique entièrement satisfaisante.

Sur l'action paradoxale d'un diurétique mercuriel dans un cas de diabète insipide. — MM. Jacques Decourt, L. Fischer et Ch.-O. Guillaumin montrent que les composés organo-mercuriels utilisés comme diurétiques dans le traitement des œdèmes se montrent doués, au cours du diabète insipide, d'un pouvoir antipolyurique. Cette action paradoxale ne paraît pas relever d'un phénomène d'ordre exclusivement rénal. En effet, la réduction de la diurèse est précédée par la réduction de la soif, et par des modifications de l'hydrémie et de la chlorémie, impliquant l'existence d'une action tissulaire préalable. Les auteurs opposent le mode d'action du composé mercuriel à celui de l'extrait post-hypophysaire. Ils le comparent, au contraire, à celui du régime déchloruré, dont l'effet intime est le même.

L'intérêt de ces faits est plus théorique que pratique, l'emploi des « diurétiques » mercuriels dans le traitement du diabète insipide ne pouvant guère être envisagé. Par contre, leur action paradoxale pourrait être utilisée pour le diagnostic différentiel, parfois délicat, entre cette affection et la potomanie.

M. Sézary a observé des faits analogues après l'injection intramusculaire du bismuth.

Erythème noueux et maladie de Nicolas Favre. — M. Milian rapporte un cas de maladie de Nicolas Favre compliqué d'érythème noueux. La réapparition de l'érythème au cours du traitement par l'arthiomaline montra que le virus lymphogranulomateux ne pouvait pas être incriminé.

Difficulté du diagnostic d'une névrite optique apparue au décours d'un coma barbiturique chez une hérédosyphilitique. — MM. Sergent, Favory, Duperrat et Franchel rapportent l'observation d'une femme de vingt-huit ans née de parents spécifiques qui n'avait jamais présenté de symptômes cliniques de syphilis et absorba volontairement du véronal. Pendant le coma, on découvre un Bordet-Wassermann fortement positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Au décours du coma, on constata une amaurose qui céda partiellement aux injections d'acétylcholine, mais laissa à sa suite une névrite optique persistante avec œdème papillaire. Comme la malade avait reçu 16 centigrammes et demi de strychnine pendant son intoxication, il est difficile d'établir la cause de cette névrite optique. Est-elle toxique ? Mais quel est alors le rôle respectif du véronal et de la strychnine ? Ou bien est-elle spécifique comme pouvait le faire penser la persistance de la névrite ? Dans cette hypothèse, le coma barbiturique aurait-il extériorisé une syphilis nerveuse latente ?

M. Flandin pense qu'ici la névrite est d'origine syphilitique.

Sarcoïdes noueuses disséminées avec diabète insipide associé. — MM. Ch. Flandin, M. Parat et G. Paumeau-Delille présentent une malade porteuse depuis quatre ans de sarcoïdes noueuses disséminées, évoluant par poussées successives.

Les lésions anatomiques sont intermédiaires entre la gomme scrofulo-tuberculeuse et l'érythème induré de Bazin.

Les recherches bactériologiques furent toutes négatives ; dans le cas particulier, l'origine de cette affection demeure inconnue.

Le fait exceptionnel réside dans l'apparition, depuis deux ans, d'un diabète insipide pur qui semble lié au développement, dans la région infundobulo-tubérienne, d'une sarcoïde.

Un cas de maladie d'Ehlers-Danlos, étude anatomo-clinique et biologique. — MM. Gilbert-Dreyfus, Jean Weill, Jacques Martineau et Mathivat présentent une malade de trente-trois ans atteinte d'hyperélasticité cutanée avec peau mince et très fragile, comme l'attestent de nombreuses cicatrices atrophiques, dyschromiques, parfois télangiectasiques, qui laissent l'hypoderme faire hernie à l'extérieur.

On retrouve les autres éléments du syndrome d'Ehlers, hyperlaxité articulaire, tendance aux ecchymoses spontanées sans troubles appréciables de la crase sanguine. Les auteurs constatent en outre de l'acrocyanose, de la laxité des muqueuses qu'il leur paraît légitime d'ajouter aux symptômes de cette affection. Tous les examens chimiques et humoraux sont négatifs, à l'exception du Bordet-Wassermann. La biopsie fait retrouver l'aplatissement des papilles dermiques, l'homogénéisation de l'hypoderme, l'importance du réseau élastique décrits dans d'autres cas.

Jean Lereboullet.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 21 octobre 1936.

Sympathectomies lombaires. — M. Lardennois se déclare enchanté de la voie trans-péritonéale qu'il utilise exclusivement.

Fractures du sustentaculum. — M. Wilmoth analyse un travail de M. Merle d'Aubigné qui montre l'absolue nécessité de radiographies dorso-plantaires rétro-tibiales. La réduction s'obtient par extension et contre-extension avec ou sans enchevillement. Il montre, en outre, que ces fractures surviennent en varus et non en valgus, et que, d'autre part, l'astragale, qui sert de marteau, doit être fixé par un mouvement d'abduction du pied.

Nouveau mode d'emploi du propidon. — M. Leveuf

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

rapporte un travail de M. HRISTU (Bucarest), qui a utilisé le propidon dans un grand nombre de cas de suppurations et systématiquement après toute intervention. Le rapporteur estime que les doses utilisées ne sont pas suffisantes.

Phlegmon temporo-facial gangreneux. — M. BONNET-ROY adresse une observation de phlegmon gangreneux d'origine dentaire opéré et guéri ; M. RAOUL MONOD la rapporte.

Syndrome de Volkmann. — M. SORREL rapporte cette observation de M. FOLLIASSON qui n'a obtenu aucun résultat d'une résection partielle du carpe. Il s'agissait d'une fracture de l'humérus compliquée de contusion du médian par le fragment supérieur : le rapporteur insiste sur l'intégrité de l'artère humérale et sur l'importance de la contusion nerveuse.

M. MOURE rapporte le syndrome de Volkmann du torticolis congénital.

M. ROUX-BERGER attire l'attention sur les lésions musculaires et M. LEVEUF précise que les lésions nerveuses sont rarement localisées sur un seul nerf et donnent des symptômes différents du syndrome de Volkmann.

M. MARTIN appuie l'opinion de M. Leveuf.

M. MATHIEU définit la maladie de Volkmann, une résection dite « ishémique » associée ou non à des lésions nerveuses.

A propos de l'appendicite. — M. MÉTIVET communique un cas malheureux d'appendicite avec plastron.

M. AMELINE l'approuve.

M. PIERRE DUVAL juge dangereuse la publicité donnée à des cas malheureux et qui risquent d'inciter les médecins à une temporisation qui, mal posée, peut amener des désastres.

HENRI REDON.

REVUE DES CONGRÈS

LE XIVe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD

Montréal, 7-10 *septembre* 1936.

Abcès du poumon.

Discussion du Professeur ARCHIBALD

Je crois que le moment est venu de faire un effort vers la simplification. Le terme « abcès du poumon » comporte encore, pour le praticien, une idée assez confuse en ce qui concerne la pathologie, l'étiologie et le traitement chirurgical. Pratiquement, on peut laisser à part les abcès tuberculeux, actinomycosiques, amibiens et autres, spécifiques ou très rares. Après tout, la grande majorité des abcès du poumon sont ceux qu on appelle «non tuberculeux », et ce qui importe pour le praticien, c'est de connaître la pathologie de ces abcès non tuberculeux. Donc, je propose la classification suivante :

1° Abcès solitaire, par embolie ;

2° Abcès broncho-pneumonique, par aspiration.

Il y a deux causes principales des infections purulentes du poumon :

Embolie pyogène, venant d'un foyer infectieux lointain et aspiration de matières irritantes et infectées par la trachée et par les bronches. Ces matières peuvent être des parcelles provenant de vomissements, ou les sécrétions de la bouche ou des sinus infectés, ou un corps étranger, ou des liquides qu on avale de travers ; et l'aspiration peut survenir pendant l'anesthésie générale ou locale, ou par accident, ou même, comme je crois, pendant cette anesthésie générale légère qu'on appelle le sommeil.

Dans la première classe, l'embolie infectée aboutit à un abcès solitaire situé assez souvent vers la périphérie, lequel s'entoure d'une coque plutôt mince, c'est-à-dire sans réaction inflammatoire excessive. Cette sorte d'abcès ressemble aux abcès chauds dans les parties molles, et, par conséquent, il guérit facilement après simple opération et drainage.

Dans la seconde classe, le processus pathologique est tout à fait différent. Je les appelle « abcès broncho-pneumoniques » parce qu'ils se développent toujours dans le terrain du poumon et à la suite de l'inflammation causée dans cet organe par les matières nocives de l'aspiration. Du côté bactériologique, nous trouvons des cocci pyogènes, ou bien des fuso-spirochètes, ou des anaérobies de diverses espèces, ou bien un mélange de ces microbes. Mais les lésions pathologiques sont presque toujours à peu près les mêmes, du moins quelques semaines après le début, c'est-à-dire qu'on trouve un abcès plus ou moins gros, anfractueux, circonscrit par une coque fibreuse très étendue et souvent épaisse, avec, dans le voisinage, des bandes fibreuses irrégulières, entre lesquelles il y a souvent d'autres petits abcès secondaires, de sorte que le total de la région envahie ressemble à un marais, avec une espèce de lac central constitué par l'abcès principal. En outre, dans cette région, même dans les premières semaines de la maladie, une dilatation considérable des bronches se développe, à cause de l'inflammation aigue de leurs murs et de la toux chronique. Sergent suggère la comparaison avec une éponge purulente.

On voit qu'ici la tâche chirurgicale est beaucoup plus difficile que dans la première classe. La simple incision de l'abcès principal est toujours suivie par des récidives. Il faut absolument, ou bien détruire avec le cautère toute la région affectée, ou bien la réséquer par une lobectomie partielle ou totale. La première méthode — morcellement ou cautère en plusieurs séances, souvent appelée la méthode de Graham — je l'ai abandonnée récemment, excepté pour le cas où la région est de peu d'étendue et périphérique.

Dernièrement, je suis arrivé à la conclusion qu'une lobectomie franche, partielle ou totale selon l'étendue de la lésion, est la méthode de choix. Nous avons fait, dans notre service, plus de 25 lobectomies pour bronchiectasie purulente avec un succès toujours croissant, et une mortalité, dans les dernières années, d'à peu près 15 p. 100. Plusieurs de ces cas ressemblaient au diagnostic d'« abcès avec bronchiectasie » autant qu'à celui de « bronchiectasie avec abcès ». De sorte que, vu la mortalité de ces abcès chroniques par aspiration, sans opération, ainsi qu'avec

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

l'opération de Graham (dans mes mains), je me propose dès maintenant d'adopter comme règle générale l'opération de lobectomie pour tous les abcès du poumon de l'ordre ici décrit. Les cas des deux dernières années, dans notre service, au Royal Victoria Hospital, au nombre de 11, nous ont donné 5 décès à la suite d'opérations conservatrices (42 p. 100). On peut faire mieux, comme mortalité opératoire, avec une lobectomie totale d'emblée ; et les résultats, en fait de guérison, seront aussi bien meilleurs.

Discussion sur l'abcès du poumon.
Par M.-P.-N. CORYLLOS (New-York).

M. Coryllos ne croit pas à l'infection du poumon par voie sanguine, sauf dans un très petit nombre de cas, car elle ne saurait expliquer la production des abcès putrides des idiopathiques, chez lesquels on trouve presque toujours des causes définies : corps étranger, dents infectées, déglutition de matières vomies, etc. La flore microbienne de ces abcès est composée d'anaérobies de la cavité buccale.

On ne peut plus invoquer la théorie embolique, parce que, actuellement et depuis 1929, on peut produire des abcès par voie bronchique si on obstrue la bronche en amont des matières infectées.

Les abcès pulmonaires se développent par des matières qui viennent de la bouche, ces matières peuvent aller jusque dans les petites bronches ; sous l'action des bactéries pyogènes, une inflammation de la muqueuse s'établit, la lumière de la bronche se ferme, les phénomènes d'atélectasie se produisent, l'oxygène disparaît et les anaérobies se développent à leur tour. Peu à peu, une nécrose anaérobie s'établira dans une bronche libre et l'évolution dépendra de la largeur de la communication entre le foyer de nécrose et de la voie bronchique. Avec une communication large, le foyer de nécrose guérira ; si elle est petite, le foyer pourra se transformer en gangrène gazeuse.

Le rapporteur conclut que les abcès putrides sont toujours périphériques ; pour lui, il n'y a pas d'abcès putrides centraux, et les réactions pleurales sont précoces, ainsi que les adhérences. Le traitement idéal des abcès pulmonaires est la pneumonostomie large, pratiquée entre la cinquième et la sixième semaine.

Abcès et tuberculose pulmonaire.
Par le Dr Roland DESMEULES

L'auteur, après avoir fait un rapide historique de la question, présente quatre observations recueillies depuis huit ans dans son service de l'hôpital Laval et il arrive aux conclusions suivantes : l'association de la tuberculose et de l'abcès pulmonaire peut se présenter sous trois formes :

1° La tuberculose peut précéder l'abcès; il s'agit alors, le plus souvent, de tuberculose fibreuse ou ulcéro-fibreuse avec cavernes. L'abcès prend son origine au niveau des parois d'une caverne ou dans des bronchectasies secondaires à la bacillose. L'évolution est absolument celle de l'abcès gangreneux à évolution torpide ou à caractère grave.

2° La tuberculose et l'abcès peuvent évoluer d'une façon tellement bizarre qu'il est impossible de savoir quel phénomène morbide est apporté le premier. De tels faits sont assez fréquents et, en ces cas, l'évolution simultanée des deux maladies, qui influent défavorablement l'une sur l'autre, rend le pronostic très grave.

3° L'abcès peut manifestement précéder la tuberculose. En ces dernières années de nombreuses et belles observations sont venues, fort à propos, illustrer la possibilité de complications tuberculeuses dans le cours de l'évolution de l'abcès pulmonaire et indiquer aux cliniciens avertis les lignes de conduite à suivre : rechercher souvent les bacilles de Koch dans les expectorations des malades porteurs d'abcès pulmonaires à évolution subaiguë ou très lente.

Les facteurs qui paraissent jouer le plus grand rôle dans le développement de la tuberculose secondaire à l'abcès sont : la diminution de la résistance du terrain, le milieu favorable de culture pour le bacille de Koch créé par la suppuration anaérobique, et enfin l'ouverture d'anciens foyers tuberculeux par l'extension d'un abcès pulmonaire.

Notes sur deux évolutions d'abcès pulmonaires en milieu sanatorial.
Par le Dr Albert JOANNETTE

A. Un ouvrier dans la quarantaine entre, pour une lobite supérieure droite fébrile, excavée, avec niveau liquide. Une erreur de laboratoire fait croire à la présence de bacilles de Koch. Un pneumothorax électif d'emblée amorce une régression rapide et complète de la lésion identifiée de suite après la première insufflation ; relâchement du pneumothorax après dix mois ; guérison maintenue après trois ans.

B. Un abcès étendu du lobe moyen droit chez un monsieur de trente-deux ans est drainé par costotomie suivie d'une cure de repos de deux mois ; reprise de travail ininterrompu pendant trois ans. Il survient alors une récidive *in situ* et vomique la veille d'une bronchoscopie projetée, avec des suites similaires à celles du premier épisode. Le pronostic est beaucoup plus réservé.

Commentaires. — Le diagnostic de l'abcès pulmonaire reste difficile sans la radiologie et sans la fétidité de l'expectoration. Cette fétidité n'apparaît souvent que tardivement, quand l'abcès s'ouvre dans une bronche, chez des malades ayant déjà une expectoration banale. L'abcès « solitaire » d'Archibald peut être susceptible d'un traitement par pneumothorax ; l'abcès à foyers multiples et récidivant relève de la lobectomie.

Diagnostic clinique et topographique des ulcères gastro-pyloro-duodénaux d'après l'horaire de la sécrétion maximale gastrique (épreuve par l'histamine).
Par M.-J.-Alf. MOUSSEAU (Montréal).

Dans son exposé, M. Mousseau a voulu parler d'une nouvelle méthode dont l'application est évidemment difficile en clientèle de ville, mais facile dans les hôpitaux. Il croit qu'elle est susceptible de rendre de grands services dans l'orientation du diagnostic des affections gastro-entérologiques, qui sont toujours si difficiles à interpréter.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Dans le but de donner à l'interprétation clinique un sens encore plus précis, il a effectué ses recherches en utilisant un *modus operandi* nouveau, dont l'objectif consiste à interpréter plutôt les modalités de la sécrétion gastrique, c'est-à-dire son horaire et ses différentes modalités, qui fournissent trois grands types de courbes :

Type précoce tachy-sécrétoire ;

Type en plateau ;

Type tardif brady-sécrétoire.

Il les applique à différentes catégories de malades, des ulcéreux, des hépatiques, etc., examinés au point de vue du diagnostic différentiel de leurs affections respectives.

D'après l'horaire des courbes, ascendantes et descendantes, qu'affecte la sécrétion gastrique après l'injection à l'histamine, on peut déterminer la nature des affections en cause ; c'est ainsi que, d'après ces courbes, les affections ulcéreuses, gastriques et duodénales, les affections hépatiques et même les affections extradigestives revêtent des allures de courbe qui les font se différencier les unes des autres.

Est-ce à dire que cette méthode d'interroger par le chimisme gastrique fractionné à l'histamine la physiologie normale et pathologique de l'estomac, réponde toujours à l'exacte réalité des troubles fonctionnels ou organiques et que l'orientation thérapeutique doive toujours s'en inspirer ? Nous pouvons dire que des affections de toutes sortes, organiques ou fonctionnelles, gastriques ou non, digestives ou extradigestives, et même des estomacs « normaux » peuvent donner des tracés absolument identiques », mais que lorsqu'il s'agit d'examiner la fonction sécrétoire de l'estomac ou du duodénum dans un but de diagnostic, il ne faudrait plus tenir compte ni de la quantité de suc sécrété, ni du degré de l'acidité, mais considérer plutôt la modalité sécrétoire, c'est-à-dire son horaire.

Cette étude a été illustrée par la projection de films cinématographiques qui en démontrent le bien fondé.

Ulcères duodénaux, pyloriques et gastriques

Par le Dr Jean LESAGE

Chef de clinique en gastro-entérologie, hôpital Saint-Luc.

Il s'agit d'une étude critique de 165 cas, traités à l'hôpital Saint-Luc depuis cinq ans.

L'auteur insiste sur les causes multiples susceptibles d'expliquer l'opération d'un ulcère. Les ulcères du duodénum sont beaucoup plus fréquents que les ulcères gastriques (soit 74 ulcères duodénaux pour 20 ulcères gastriques). La proportion des ulcères duodénaux, par rapport aux ulcères gastriques, est donc de 4 pour 1. Les chômeurs sont les malades les plus atteints, sans doute à cause de leur alimentation défectueuse. Le surmenage de toute nature est une deuxième cause. Le printemps et l'automne sont les mauvaises saisons.

L'appendicite chronique et les maladies de la vésicule sont souvent associées à l'ulcère. Les signes principaux de l'ulcère duodénal sont : la douleur qui se présente tardivement et se calme par le repas ou les poudres alcalines. Il ne faut pas croire que l'ulcère guérit parce que la douleur cesse au bout de quatre ou six semaines, car l'ulcère est une maladie cyclique, c'est-à-dire une maladie qui peut se réveiller au bout de six mois et quelquefois au bout de plusieurs années.

Les malades vus par l'auteur sont ceux présentés trop tard, qui souffraient d'un ulcère depuis nombre d'années, et s'étaient malheureusement traités seuls. Les dangers d'un ulcère mal traité peuvent être la perforation ou les adhérences qui se forment en second lieu.

L'ulcère de l'estomac doit être opéré plus souvent que l'ulcère du duodénum, parce qu'il y a danger qu'il se transforme en cancer. Après l'interrogatoire, les rayons X sont le deuxième moyen le plus important à notre disposition pour poser un diagnostic d'ulcère.

L'auteur a énuméré tous les signes importants au moyen de projections.

Traitement. — Il n'y a pas qu'un seul traitement des ulcères : il y a plusieurs traitements médicaux et plusieurs sortes d'opérations. C'est au médecin à choisir le genre de traitement qui conviendra au malade. Il existe des nouveaux traitements de l'ulcère par injection, lesquels donnent des résultats excellents, inattendus, mais il reste des cas anciens ou graves où il faudra une opération, et c'est au chirurgien à choisir la meilleure technique.

Sachons que l'ulcère, à Montréal, est pénétrant et a une tendance à devenir chronique assez rapidement. La mortalité, dans notre statistique, s'est élevée à 9 p.100, en comptant les ulcères perforés, et à 4 p. 100 comme mortalité générale.

Par le Dr Maurice CHIRAY

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'hôpital Bichat.

et le Dr BERGERET

MM. M. Chiray et Bergeret attirent l'attention sur les ulcères duodénaux chirurgicalement méconnus. Ils rapportent diverses observations dans lesquelles, malgré une étude clinique et radiologique soigneuse, affirmant l'existence d'un ulcère, la lésion n'a pas été trouvée à l'opération par le chirurgien. Mais, dans les mois qui suivent, une nouvelle intervention a démontré l'existence de l'ulcère, qui s'était développé entre temps. Dans les cas difficiles, il peut donc être utile de compléter l'exploration chirurgicale par une gastrotomie ou une duodenotomie.

Drs CHIRAY, LOMON et LE CANUET

MM. Chiray, A. Lomon et R. Le Canuet montrent les deux types radiologiques des ulcères chroniques gastro-duodénaux ; le type de repos dans lequel la lésion apparaît telle qu'elle est sans rien qui la masque ou la déforme, et le type œdémato-congestif dans lequel l'aspect radiologique se transforme complètement et peut, soit masquer les lésions existantes, soit les déformer, soit les exagérer.

Possibilités actuelles du radiodiagnostic des ulcères gastriques, pyloriques et post-pyloriques.

Par les Drs J.-E. GENDREAU Albert JUTRAS et O. DUFRESNE.

La mise en évidence et la localisation d'un cratère ulcéreux ne sont pas, contrairement à ce que pense la majorité des médecins, les seuls renseignements que les rayons X peuvent fournir.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

La connaissance des travaux modernes sur l'anatomie et la physiologie normales et pathologiques de l'estomac, du pylore et du duodénum permet au radiologiste de reconstituer les lésions à peu près telles que l'anatomo-pathologiste les observerait sous le microscope.

Ceci suppose des règles techniques rigoureuses et une discipline d'observation. Selon les quatre grands principes de l'exploration des muqueuses digestives énoncés par Cole, l'analyse doit porter sur les contours, les plis observés en image de réplétion, les mouvements péristaltiques et le relief en couche mince avant et après insufflation. Ces quatre fondements exigent pour ainsi dire la radio-cinématographie ; mais, comme celle-ci reste difficilement réalisable, dans la pratique journalière, on se contente des radiographies en série telles que celles préconisées par Cole, c'est-à-dire au moins une dizaine de clichés dans chaque position et sous diverses incidences et obtenus à des intervalles réguliers de trois ou quatre secondes. Les quelques cinquante radiographies ainsi obtenues illustrent chaque stade des phénomènes moteurs gastro-pyloro-duodénaux. Le péristaltisme stomacal étant fonction de la *muscularis mucosæ*, toute interruption des ondes indique un processus qui fixe la muqueuse à la musculeuse propre. En ce qui a trait à l'ulcère, on peut, grâce à cette notion, dire si la lésion est superficielle d'emblée ou si elle est devenue superficielle par la cicatrisation ; dans ce dernier cas, la vague péristaltique ne la ballotte point. On apprécie aussi, par l'interception du péristaltisme, la quantité de tissu cicatriciel, ce qui renseigne sur l'âge et l'évolution de la maladie et montre l'efficacité des traitements médicaux.

Si, connaissant l'épaisseur des diverses couches gastriques, on reconstitue par le dessin la paroi autour de la niche vue de profil, on saura exactement jusqu'à quelle profondeur la perte de substance affecte l'organe.

Le *pli angulaire*, qui se constitue uniquement de deux épaisseurs de muqueuse doublée de la *muscularis mucosæ* et d'une mince languette de sous-muqueuse, mesure rigoureusement 5 millimètres. En conséquence, il sera facile d'évaluer la quantité de tissus réactionnels dans cette région.

La convergence radiée des plis muqueux doit s'interpréter comme le résultat d'une rétraction cicatricielle ou spasmodique. C'est un bon signe indirect d'ulcus ; mais, pour être générale, cette règle n'a rien d'absolu, car le cancer produit souvent le même effet.

Au pylore, il faut distinguer entre valvule et canal pylorique. La valvule s'objective radiologiquement par l'espace clair qui sépare la base du bulbe et le sommet de l'antre en pleine dilatation. Le canal pylorique n'apparaît que sous l'influence de la contraction du *muscle en éventail* de Cole, qui est un renflement périodique de la *musculeuse propre* à la portion terminale de l'estomac. Cette distinction a un gros intérêt pratique. A la valvule, l'ulcère se reconnaît aisément, car, là encore, l'épaisseur de 5 millimètres se retrouve avec les mêmes éléments constituants qu'au pli angulaire. Le tissu inflammatoire aura pour effet d'augmenter l'espace clair radiologique, de soulever la base du bulbe et de décentrer l'orifice valvulaire. Si l'ulcère siège sur le segment proximal du canal pylorique, l'excitation du *muscle en éventail* tout proche provoque la sténose spasmodique, puis, plus tard, la sténose organique. La connaissance du muscle en éventail empêche de confondre le simple spasme, le cancer annulaire si fréquent en cette région et des plissements muqueux plus ou moins transitoires.

Au bulbe duodénal, les difficultés se trouvent réduites du fait que la cavité est toute petite et qu'il n'y a pas de sous-muqueuse. Toujours gros relativement au volume de l'organe, un ulcère de cet organe n'échappera guère aux clichés en série rythmée, qu'il siège sur l'un des bords ou l'une des faces. Dans cette dernière occurence, la couronne transparente autour du cratère témoigne de l'activité de l'affection. Dans les stades cicatriciels, même si l'ulcère était peu profond, le bulbe donne une image déformée à cause du contact immédiat de la muqueuse et de la musculeuse propre.

Ce court résumé montre suffisamment que l'analyse radiologique conduite selon des techniques minutieuses et à la lumière de l'anatomie et de la physiologie, donne des informations beaucoup plus utiles que celles qu'on reçoit par les examens sommaires de pratique courante. Il prouve aussi, s'il en est encore besoin, que le radiodiagnostic n'a pas une moindre valeur pour le tube digestif que pour les os, les poumons, le cœur et les voies urinaires.



REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

SÉANCE ANNUELLE DE L'UNION THÉRAPEUTIQUE

Paris, 14 octobre 1936.

L'organisation du contrôle des médicaments.

PREMIER RAPPORT, par le professeur **Dautrebande** (Liège).

Le rapporteur étudie les règles qui président dans différents pays à la réglementation des spécialités pharmaceutiques.

Il insiste sur la nécessité du contrôle de la composition par les méthodes chimiques et biologiques et montre la possibilité d'instaurer semblable contrôle en sauvegardant les prérogatives de la profession pharmaceutique.

DEUXIÈME RAPPORT par le professeur **Hernando** (Madrid).

Le rapporteur aboutit aux mêmes conclusions que le professeur Dautrebande.

La thérapeutique diétético-insulinique du diabète sucré.

Par le professeur **L. Zoja** (Milan).

Lorsqu'un diabétique, déjà soumis à un régime convenable, a du sucre dans les urines, on doit employer l'insuline.

On ne doit pas réduire les glucides au-dessous de la quantité considérée indispensable pour une bonne santé ; on ne doit jamais les réduire chez les personnes âgées, et surtout chez les rénaux, les cardiaques, les hypertendus, les artérioscléreux. On doit donner autant d'insuline qu'il est nécessaire pour que les glucides du régime soient utilisés.

Le régime convenable est celui que le médecin prescrirait si le malade n'était pas un diabétique. Le régime optimum devrait avoir le minimum de protides (0,8-0,9), le maximum de glucides (pas au-dessous de 3 grammes) et le minimum de calories nécessaires aux besoins du malade pour sa vie et son travail, en ayant égard au poids qu'il doit avoir.

L'acide ascorbique. Bases biologiques et cliniques de ses indications thérapeutiques.

Par **G. Mouriquand** et **P. Viennois.**

Après avoir rappelé l'histoire de la médication antiscorbutique et la découverte de l'acide ascorbique par Szent Gyorgyli la réalisation de sa synthèse, etc., les rapporteurs étudient parallèlement les bases biologiques et cliniques de ses indications thérapeutiques.

L'étude clinique et expérimentale donne à ce point de vue des indications essentielles en montrant, dans la plupart des cas, les résultats rapides obtenus par l'emploi de l'acide ascorbique ou des substances le contenant au cours des carences en vitamine C (alimentaire, digestive ou nutritive).

Cette action est prophylactique au stade de dystrophie inapparente, curative au stade eutrophique de la maladie et généralement se heurte à une période avancée à un véritable « refus » cellulaire, relevant de l'irréversibilité de la dystrophie. C'est assez dire que dans cette maladie par carence, le médecin devra faire de la pré-séméiologie pour faire une pré-thérapeutique efficace.

En dehors des maladies par carence en vitamine C proprement dites, l'acide ascorbique peut trouver ses indications dans les hémorragies d'origine capillaire (l'acide ascorbique paraissant assurer la nutrition du ciment intercellulaire de leur épithélium). L'indication peut exister aussi dans certaines toxi-infections, telles que la diphtérie, dont la toxine vide la cortico-surrénale de son acide ascorbique. La résistance générale de l'organisme au cours des septicémies semble pouvoir être accrue par l'acide ascorbique qui ne jouit pas d'ailleurs d'un pouvoir direct proprement dit. Il paraît agir en maintenant les oxydo-réductions cellulaires souvent compromises dans ces cas. Certaines anémies relèvent de son action. Il semble important que le système nerveux et le système endocrinien conservent un taux normal d'acide ascorbique pour assurer l'équilibre de leurs fonctions.

Des recherches sont actuellement poursuivies pour élucider l'action de certains dérivés de l'acide ascorbique dans le traitement des néoplasies.

Les méthodes de ranimation.

Par **M. Cordier** (Alfort).

Le rapporteur a limité son exposé à l'étude des méthodes manuelles de respiration artificielle. Il a indiqué les raisons d'un choix parmi les méthodes classiques de respiration artificielle et les améliorations qu'on peut leur apporter à la lumière des travaux les plus récents. Les épreuves expérimentales (mesure de la ventilation pulmonaire, variations de pression dans le cœur) confèrent à la méthode de Silvester, le premier rang parmi les diverses méthodes de respiration artificielle. Elle a le défaut d'être appliquée sur le sujet en position dorsale et d'être fatigante pour le sauveteur. Cette méthode jouit d'une grande faveur en Allemagne et, pour augmenter son efficacité, on lui associe le massage indirect du cœur.

Les épreuves expérimentales sont peu favorables à la méthode de Schaefer. Le rapporteur en expose les raisons (perte du tonus musculaire, position ventrale). Mais la facilité d'exécution de cette méthode peu fatigante et l'avantage de la position ventrale pour la liberté des premières voies respiratoires sont des facteurs précieux dans la ranimation. Il est possible de remédier à la faible action de la méthode de Schaefer sur la ventilation et la circulation en lui adjoignant une manœuvre inspiratoire active. Le mouvement d'élévation des bras de Nielsen effectué en même temps que la méthode classique de Schefer, en augmente beaucoup la valeur et lui confère la possibilité d'agir aussi intensément sur la ventilation et la circulation que la méthode de Silvester. La méthode combinée Schaefer-Nielsen garde tous les avantages de la position ventrale de la méthode de Schaefer.

Le rapporteur expose ensuite que si les commodités d'application d'une technique de respiration artificielle, sont un facteur important dans le choix d'une méthode, les causes ayant provoqué la mort apparente doivent entrer aussi en ligne de compte. Deux éventualités sont à envisager : ou bien le mort apparent a les voies res-

piratoires encombrées de liquide (submersion), ou bien les voies respiratoires sont libres (intoxication par un poison volatil, syncope, etc.). Dans le premier cas, si le sauveteur est seul, il emploiera de préférence la méthode de Schacfer ; s'il y a deux sauveteurs, ils utiliseront de préférence la méthode Schaefer-Nielsen. Dans le second cas, si le sauveteur est seul et s'il est robuste, il emploiera la méthode de Silvester, sinon la méthode de Schaefer ; s'il y a deux sauveteurs, ils pourront utiliser, soit la méthode Schaefer-Nielsen, soit la méthode de Silvester, associée au massage indirect du cœur.

L'exposé des manœuvres manuelles pouvant aider à la ranimation termine le rapport. Les excitations périphériques (frictions énergiques du corps, etc.), n'agissent que si les centres encéphalo-bulbaires sont encore excitables.

Le rapporteur insiste sur la nécessité d'une éducation technique parfaite des sauveteurs ; la ranimation d'un mort apparent est une opération aussi délicate qu'une intervention chirurgicale.

La pyrétothérapie dans les complications médicales de la blennorragie.

PREMIER RAPPORT, par MM. **Charles Richet** et **Jean Facquet.**

Cette pyrétothérapie se fait, soit à l'aide de substances chimiques (huile soufrée, etc.) ou bactériennes (Dmelcos, etc.), soit à l'aide de procédés physiques (ondes courtes, Kettering Hypotherm, etc.). La malariathérapie est à peu près abandonnée. La pyrétothérapie peut et souvent doit être associée au traitement local.

Dans les arthrites soignées par procédés physiques, l'ensemble des statistiques donne 54 p. 100 de guérison, 36 p. 100 d'amélioration. Sur 33 arthrites soignées par pyrétothérapie bactérienne, il y a 26, soit 78 p. 100 de guérisons parfaites. Ce qui caractérise cette méthode, c'est la rapidité de la sédation douloureuse, l'amélioration, puis la guérison fonctionnelle, l'absence de séquelles, la rapidité de la guérison.

Mêmes résultats pour l'orchite qui guérit plus vite que par les méthodes habituelles.

Dans les métrites et les salpingites gonococciques, la guérison par pyrétophysicothérapie générale, associée à la chaleur locale, est la règle.

Dans les conjonctivites gonococciques, malgré que le nombre de cas soit encore minime, il y a eu toujours un résultat excellent avec la pyrétophysicothérapie associée au traitement local.

Il ne rentrait pas dans le cadre de ce rapport de parler de la pyrétothérapie dans les localisations de primo-infection gonococcique ; néanmoins, il importe de signaler — car ces faits ne sont pas assez bien connus — les résultats que la pyrétophysicothérapie a donnés, tant chez l'homme que chez la femme. Si ces résultats, qui de l'avis des protagonistes sont excellents, se confirment et si les procédés se perfectionnent, il est probable que cette méthode constituera le traitement de choix dans la blennorragie, même non compliquée.

La comparaison des résultats obtenus avec l'un ou l'autre des deux modes d'hyperthermie utilisés montre que dans les arthrites et les orchites, les résultats sont du même ordre. Dans les salpingites et les conjonctivites, la pyrétothérapie par produits chimiques ou bactériens semble être active, mais elle n'a pas été suffisamment étudiée. Elle est inopérante dans le traitement des urétrites, à l'encontre de la pyrétophysicothérapie qui est certainement active.

La pathogénie est discutée. Il est probable que le gonocoque est de tous les microbes pathogènes le plus thermo-sensible, mais il est non moins certain que même une fièvre insuffisante pour le tuer *in vitro*, permet dans nombre de cas de guérir l'arthrite, l'orchite, etc., gonococciques. On peut donc admettre que cette guérison est provoquée par un double élément. D'une part, fragilisation du gono ; d'autre part, modifications favorables des défenses organiques.

La conclusion générale des auteurs est la suivante : la pyrétothérapie permet de guérir mieux et plus vite que les autres méthodes, les complications blennorragiques.

DEUXIÈME RAPPORT par MM. **Desjardins** et **Krusen** (Mayo Clinic, Rochester, U. S. A.).

En Amérique, les savants qui s'occupent de pyrétothérapie utilisent presque exclusivement la physicothérapie.

Le bain chaud est assez peu employé, il l'est surtout dans certains cas d'infection des voies génitales chez la femme, associé à un chauffage local, par appareil diathermique spécial.

Sous l'influence des idées de Neymann, on utilisa ensuite la diathermie ordinaire.

Whitney ayant remarqué que les radiations à ondes courtes déterminaient chez les ouvriers de la fièvre, Boak, Carpenter et Warren firent construire des appareils qui se perfectionnèrent progressivement, en Amérique d'abord, puis en Europe. Cet appareil générateur d'ondes courtes a certains inconvénients, en particulier, la nécessité d'avoir une soufflerie si on veut éviter les brûlures. Etudiant cet appareil, Simpson, qui lui avait adapté une cabine étanche, observa par suite de l'inadvertance heureuse d'une de ses infirmières, que le patient, à l'intérieur de la cabine, avait de l'hyperthermie, même quand l'appareil à ondes courtes ne marchait pas, cela provenant de l'échauffement de cette cabine par la chaleur humaine. Il fit construire un appareil dit à air conditionné, c'est le Kettering Hypertherm utilisé par la presque totalité des pyrétothérapeutes américains. Sans difficultés, on peut ainsi échauffer l'organisme humain pendant le temps que l'on veut (jusqu'à 12 heures à une température centrale comprise entre 41°,2 et 41°,7).

Warren emploie une cabine assez analogue où tout est chauffé (sauf la tête), par une rampe de lampes électriques.

Neymann, de Chicago, perfectionne son système de diathermie à l'aide d'un dispositif spécial.

En même temps que se manifestait l'ingéniosité des constructeurs, se développaient les études des bactériologistes. Carpenter, Boak, Mucci et Warren montrèrent que 99 p. 100 des gonocoques étaient détruits par la chaleur à 41° en cinq heures ou 42° en deux heures.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Les cliniciens simultanément montraient qu'il y avait intérêt à connaître la thermolabilité du gonocoque en cause, pour doser la durée de la fièvre.

A l'heure actuelle, le traitement est conduit en association par le médecin, le bactériologiste et le pyrétothérapeute. La température rectale est maintenue entre 41°,2 et 41°,7 pendant cinq ou six heures, et répétée de une à cinq fois à intervalle de deux ou trois jours.

Sur 100 malades, hommes ou femmes, atteints de blennorragie compliquée ou non et traités les deux dernières années, les auteurs obtinrent 92 p. 100 de guérison. Les résultats sont particulièrement nets dans l'arthrite gonococcique.

Traitement chirurgical de l'hyperthyroïdie avec accidents cardiaques.

Par H. WELTI, A. GAQUIÈRES et ROLAND LEVEN.

De tous les traitements capables de combattre la thyréotoxicose et les accidents cardiaques qui en sont la conséquence, le traitement chirurgical est celui qui donne les résultats les plus rapides et les meilleurs.

Ces accidents cardiaques s'observent en général dans les hyperthyroïdies intenses et anciennes ; mais ils peuvent survenir au cours d'hyperthyroïdies peu importantes chez des malades d'un certain âge dont l'appareil cardio-vasculaire présente déjà des lésions scléreuses.

Les troubles cardiaques en rapport avec la maladie de Basedow sont, toutes proportions gardées, quant à la fréquence de l'hyperthyroïdie, plus sévères chez l'homme que chez la femme, notion qui confirme la gravité du goitre exophtalmique chez l'homme.

L'action du traitement chirurgical se fait sentir :

1° *Sur l'hyperthyroïdie* qu'il guérit ;

2° *Sur la fibrillation auriculaire* : la régularisation du rythme s'observe dans un grand nombre de cas ;

3° *Sur l'insuffisance cardiaque* : la thyroïdectomie subtotale est susceptible de guérir complètement les asystolies les plus graves.

La thyroïdectomie subtotale est l'opération de choix : elle est la plus sûre et la plus logique. Dans la série opératoire de 59 cas qui fait l'objet de ce travail, la mortalité a été nulle.

La thyroïdectomie totale comporte des risques pour les parathyroïdes et le récurrent : elle est très exceptionnellement indiquée.

L'opération peut être effectuée en un ou plusieurs temps. Le choix de la graduation est fonction :

1° Des symptômes thyréotoxiques ;

2° Des symptômes cardiaques ;

3° De la nature du goitre.

Le traitement médical pré et post-opératoire diminue le risque chirurgical et permet d'intervenir dans les conditions les meilleures.

Les auteurs insistent, pour terminer, sur la nécessité d'opérer précocement pour obtenir un maximum de résultats. En effet, pour les malades opérés au stade initial de l'insuffisance cardiaque, la guérison complète et définitive est la règle.

Cette notion apporte également un argument en faveur des interventions précoces au cours de la maladie de Basedow, interventions qui permettront d'éviter un grand nombre de cardiothyréoses.

JEAN LEREBOULLET.

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS POUR MALADIES DES ENFANTS

BAIN CARRÉ. — Bain marin complet (iodo-bromo-chloruré) renfermant intacts tous les sels marins naturels.

INDICATIONS. — Enfants : débilité, lymphatisme, rachitisme, troubles de la croissance. Adultes : nervosisme, surmenage, convalescence.

Lancosme, 71, *avenue Victor-Emmanuel-III, Paris.*

IODALOSE GALBRUN (iode physiologique assimilable). — Artériosclérose, maladies du cœur et des vaisseaux.

Dose moyenne : de XX à LX gouttes par jour.

Paris, 8 *et* 10, *rue du Petit-Musc* (*IVe*).

IODÉOL EXTERNE. — Iode colloïdal électrochimique pur, réservé uniquement aux badigeonnages thoraciques dans la grippe, la rougeole, etc., pour éviter les complications pulmonaires dans les affections pulmonaires aiguës et leur convalescence. Plus actif que la teinture d'iode, il contient 20 p. 100 d'iode, et n'est nullement caustique. Il peut être appliqué chaque soir, car il ne brûle pas l'épiderme.

Recouvrir d'ouate et nettoyer à l'alcool avant nouveaux badigeonnages.

E. Viel et Cie, 37, *avenue de l'Opéra, Paris.*

KYMOSINE ROGIER, à base de ferment lab et sucre de lait purifiés.

MODE D'ACTION. — Rend le lait de vache absolument digestible ; facilite la digestion du lait de femme chez le nouveau-né.

INDICATIONS. — Gastro-entérites, dyspepsies infantiles, athrepsie.

POSOLOGIE. — Une cuillerée-mesure pour 200 centimètres cubes de lait à 40° ou une pincée avant la tétée.

Chaque flacon est accompagné d'une cuillère mesure et d'une notice donnant le mode d'emploi détaillé.

Henry Rogier, 56, *boulevard Pereire, Paris.*

MARINOL. — Reconstituant marin physiologique inaltérable de goût agréable.

INDICATIONS. — Anémie ; lymphatisme ; convalescences; tuberculoses pulmonaire, ganglionnaire et osseuse.

POSOLOGIE. — *Enfants :* 2 à 3 cuillerées à dessert ; *nourrissons :* 2 à 3 cuillerées à café.

Laboratoires « La Biomarine », à Dieppe.

PAROXYL. — Gouttes spécifiques contre la *coqueluche*.

POSOLOGIE. — Enfants au-dessous d'un an : X à XX gouttes, trois fois par jour.

Enfants de un à cinq ans : XX à LX gouttes, trois fois par jour.

Enfants au-dessus de cinq ans : XX à C gouttes, trois fois par jour.

Dépôt général : Thiriet et Cie, 26, *rue des Ponts, Nancy.*

PROSTHÉNASE GALBRUN. — Fer et manganèse associés en combinaison organique assimilable; ne donne pas de constipation. Anémies diverses,

DOSES MOYENNES. — XX à L gouttes pour les adultes.

Laboratoires Galbrun, 8 *et* 10, *rue du Petit-Musc Paris* (*IVe*).

QUINBY INFANTILE. — Iodobismuthate de quinine (formule Aubry), est le produit original créé dès le mois de juin 1921.

Suspension huileuse à 10 p. 100.

Ampoules de 1 centimètre cube spéciales pour enfants.

S'administre en injections intramusculaires profondes deux fois par semaine à la dose de 2 dixièmes de centimètre cube par année d'âge.

INDICATIONS. — Action remarquable sur toutes les manifestations de l'hérédo-syphilis : pemphigus, altérations osseuses, hépatiques, spléniques. Particulièrement indiqué dans le rhumatisme chronique déformant de l'enfant et dans la maladie de Parrot.

AVANTAGES. — Non toxique. Tolérance parfaite. Injection indolore. Aucune contre-indication.

Laboratoire Aubry, 54, *rue de la Bienfaisance, Paris* (*VIIIe*).

SALICAIRINE. — Tanno-glucoside de la salicaire. Spécifique de toutes les diarrhées infantiles : diarrhée verte, choléra infantile, gastro-entérite. Solution titrée à 5 p. 100 de glucoside. LXXX à C gouttes par jour dans un peu d'eau bouillie sucrée.

E. Viel et Cie, 37, *avenue de l'Opéra, Paris.*

SIROP IODOTANNIQUE GUILLIERMOND. — Saveur agréable appréciée des enfants. Renferme iode et tanin dans des proportions rigoureusement dosées.

INDICATIONS. — Lymphatisme, scrofule, adénites, tuberculose, toutes médecines infantiles.

Bertaut-Blancard, 64, *rue de la Rochefoucauld, Paris* (*IXe*).

SIROP TINARDON. — Sirop iodo-tannique phosphaté. A prendre par jour : 2 à 3 cuillerées à soupe suivant l'âge.

INDICATIONS. — Lymphatisme, adénopathie, croissance difficile.

J. Tinardon, 17, *rue Cadet, Paris.*

SUPPOSITOIRES CORBIÈRE A BASE D'ARSÉNOBENZOL rigoureusement titré à 30 p. 100 As pur.

DOSES. — Suppositoires pour enfants : 0gr,03 d'arsénobenzol par suppositoire ; suppositoires pour nourrissons : 0gr,01 d'arsénobenzol par suppositoire (en boîtes de six).

INDICATIONS. — Hérédo-syphilis.

MODE D'EMPLOI. — 2 à 3 suppositoires par semaine, par séries de 24.

Laboratoires pharmaceutiques Corbière, 27, *rue Desrenaudes, Paris.*

SUPPOSITOIRES PEPET. — Pour bébés, pour enfants, avec beurre de cacao et glycérine.

INDICATIONS. — Constipation, hémorroïdes.

Henry Rogier, 56, *boulevard Pereire, Paris.*

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS POUR MALADIES DES ENFANTS *(Suite)*

SUPPOSITOIRES PYRAX. — Médication sédative et antithermique de choix dans toutes les maladies de l'enfance (action diurétique, tonique, désinfectante).

Deux dosages. — Bébés jusqu'à trois ans, enfants de plus de trois ans.

Chavialle, 70, *Grande-Rue, Sèvres (Seine-et-Oise)*.

VACCIN DE WEILL ET DUFOURT. — Pneumocoques, entérocoques, staphylocoques, tétragènes. Bronchites profondes ou épidémiqees. Bronchopneumonies de l'enfant et de l'adulte. Pneumonies.

Forme : Boîtes de 3 ampoules et 6 ampoules.

Nourrissons : 1/3 centimètre cube puis 1/2 centimètre cube, puis 1 centimètre cube.

Adultes : 1 centimètre cube, puis 1 centimètre cube et demi.

Robert et Carrière, 37, *rue de Bourgogne, Paris*.

VIVOLÉOL. — Huile de foie de morue sélectionnée, non irradiée, garantie active et riche en vitamines (vitamines antirachitique et de croissance). Première huile de foie de morue contrôlée biologiquement.

Indications. — Troubles de la croissance, de l'ossification, de la dentition, états de dénutrition.

Posologie. — *Enfants :* Nourrissons : XV à XXX gouttes, jusqu'à une demi-cuillerée à café par jour.

Jusqu'à trois ans : 1/2 cuillerée à café.

Au-dessus de trois ans : 1 à 2 cuillerées à café suivant l'âge.

Adultes : 1 cuillerée à soupe par jour.

Le Vivoléol peut être pris à toute époque de l'année.

Laboratoires du Dr Zizine, 24, *rue de Fécamp, Paris (XIIe)*.

RÉPERTOIRE DES ALIMENTS POUR ENFANTS

ALIMENT TINARDON. — Se prend soit au biberon, soit en déjeuners, goûters ou entremets.

Enfants : 1 à 2 mesures par jour, suivant l'âge.

Nourrices : 3 à 4 mesures par jour.

Nutrition, récalcification, reminéralisation.

J. Tinardon, 17, *rue Cadet, Paris.*

ALIMENTATION DES ENFANTS SAINS ET MALADES. — Grâce à la série spéciale des produits Heudebert (boîtes de fer), l'alimentation des enfants est à la fois agréable, variée et rationnelle.

SOUPE D'HEUDEBERT, à base de gruaux de blé, sélectionnés et dextrinés, aliment de choix très assimilable.

CRÈMES DE CÉRÉALES ET FARINES DE LÉGUMINEUSES HEUDEBERT, spécialement étudiées pour la préparation rapide des bouillies et purées, apportant les éléments vivants naturels des grains (avoine, orge, blé vert, haricots, lentilles, etc.).

FARINE LACTÉE HEUDEBERT, composé homogène de lait, de sucre et farine ; à préparer à l'eau dans tous les cas d'intolérance ou de dégoût du lait.

FARINE DE MALT HEUDEBERT, contient l'intégrité de la diastase de l'orge germée et facilite l'assimilation de toutes les substances amylacées.

NERGINE HEUDEBERT, farine de germe de blé spécialement préparée ; excellent complément de la farine lactée ; stimule les fonctions vitales de l'organisme.

BOUILLON DE LÉGUMES DU Dr MÉRY ET BOUILLON VÉGÉTAL DU Dr COMBY, mélanges préparés ; diarrhées infantiles et gastro-entérites.

AVENA, dessert à l'avoine, et **RÉGIMETTE**, délicieux gâteau sec lacté : à l'époque des premières dents.

DÉJEUNER HEUDEBERT, déjeuner au cacao, phosphaté, d'une finesse de goût incomparable, d'une digestibilité parfaite.

Heudebert, 85, *rue Saint-Germain, à Nanterre (Seine)*.

DRYCO. — Lait spécial pour nourrissons.

B. Duhamel, 3, *rue Saint-Roch, Paris.*

FARINE LACTÉE DIASTASÉE « SALVY ». — Soigneusement diastasée en cours de fabrication, la farine Salvy est l'aliment de régime du nourrisson, l'aliment de transition dans les cas suivants : insuffisance de l'allaitement, intolérance lactée, gastro-entérite, sous-alimentation.

Les bouillies diastasées de farine Salvy se préparent en dix minutes, sans précaution spéciale, soit à l'eau, soit à l'eau et au lait par moitié, selon l'état digestif de l'enfant..

Farine Salvy, 4, *rue Lambrechts, à Courbevoie (Seine)*.

FARINES MALTÉES JAMMET. — Très faciles à digérer grâce au maltage, très nutritives sous un volume réduit, conservent l'intégralité des sels minéraux, phosphates organiques et vitamines des céréales.

Permettent seules l'alimentation progressive et variée des enfants suivant l'âge.

A partir du sixième mois : Arrow-root malté, Féculose, Rizine, Aristose.

A partir du neuvième mois : Les précédentes et de plus : Cérémaltine, Orgéose, Gramenose, Bléose.

A partir du treizième mois :Les précédentes et de plus : Avenose, Zéose, Castanose, Bananose, Nucléose.

A partir du dix-huitième mois : Les précédentes et de plus : Lentilose, Crème de pois, Aricose.

Etablissements Jammet, 47, *rue de Miromesnil, Paris (VIIIe)*.

FARINE MALTÉE MILO. — Produit diététique à base de farine de froment et de malt. Ne contient pas de lait. Recommandée pour les enfants et adultes atteints d'affections gastro-intestinales, dyspepsies, gastro-entérites.

Société Nestlé, 6, *avenue Portalis, Paris (XVIIIe)*.

NOUVELLES

Faculté de médecine d'Alger. — *Thèses soutenues pendant l'année* 1935-1936.

DOCTORAT D'ÉTAT. — Akoun : La dysostose cranio-faciale ou maladie de Crouzon.

Mme Ben Aïche, née Garçon (de 1935) : Le dosage des albumines dans le sérum des tuberculeux paludéens et syphilitiques.

Biancardini : Le volvulus du côlon pelvien et son traitement.

BLAIR : Contribution à l'étude thérapeutique des fractures du col du fémur par l'extension continue en abduction.

Bono : Cysticerose cérébrale et syndromes épileptiformes.

Bouquet de Jolinière : Appendicite et typhus abdominal.

Bourgarel : Contribution à l'étude de l'urée et des polypeptides sériques au cours du post-partum normal et pathologique.

Canova : L'urticaire palustre.

Mlle Chef : Le service social à l'hôpital en Algérie dans la lutte anti-syphilitique à la clinique de dermato-syphiligraphie d'Alger.

Chouraqui (de 1935) : Les procédés de destruction des kystes hydatiques dans un but prophylactique.

Cixous : Le traitement des syndromes post-encéphalitiques par l'atropine à hautes doses.

Cohen-Solal : Les suppurations aiguës primitives développées dans la gaine du psoas iliaque.

Cor : La tuberculose de l'ischion.

Daen (Raymond) : Contribution à l'étude des injections d'alcool dans le traitement des suppurations pulmonaires et des pneumopathies aiguës.

Dupouy : La lithiase pancréatique.

Fabregoule : De la sérofloculation à la mélanine au cours du paludisme.

Feurtet : Études sur la coprologie algérienne.

Garnier : Des appendicites pseudo-néoplasiques.

Garniron : Conservation des œufs de quelques nématodes dans les fèces. Cas particulier d'Alger.

Girod : Le *Pediculoides ventricosus*. Son râle pathogène, sa fréquence en Algérie.

Gros : Contribution à l'endocrinologie sexuelle. Le cycle génital de la chatte.

Guilhon : Contribution à l'étude des tumeurs malignes. Du cancer du larynx chez la femme.

Kamoun : Ptoses duodénales et duodénum mobile.

Khager : La femme indigène à la Maternité d'Alger.

Labatut : L'infiltration hématique disciforme de la cornée.

Lataillade : Coutumes et superstitions obstétricales en Afrique du Nord.

Lavallée (de 1935) : Contribution à l'étude de la fièvre boutonneuse et des pseudo-typhus.

Leclere : Les ixodides ; leur importance médicale.

Lenk : Le phlegmon périnéphrétique antérieur.

Louquet : L'assistance obstétricale en Algérie.

Mangol : L'ostéomalacie puerpérale en Algérie.

Mercier : Influence de la grossesse sur la denture.

Mesguis : Contribution à l'étude clinique de l'éosinophilie sanguine élevée d'origine indéterminée.

Miguères : Contribution à l'étude du pneumothorax thérapeutique et de ses résultats chez l'indigène algérien musulman tuberculeux adulte.

Mlle Odry (de 1935) : Les arthropathies syphilitiques chez l'indigène algérien.

Rousset : Le service social en milieu indigène d'Algérie. L'œuvre de la Société de secours aux blessés militaires d'Alger.

Vignardou : Contribution à l'étude des kystes hydatiques calcifiés.

Office international de médecine militaire. — Le lundi 12 octobre à 9 heures s'est tenue à l'Aula de l'Université de Genève la séance inaugurale de la VIe session de l'Office international de médecine militaire.

L'Office international de médecine militaire créé en 1930 par le Gouvernement belge, et dont le siège se trouve à Liége, réalise une collaboration technique et scientifique entre tous les services de santé militaires des différentes armées.

Mais, à côté de cette activité professionnelle, l'Office a entrepris une série d'études tendant à créer un mouvement pour obtenir une reconstruction des lois de la guerre.

Au cours de la séance inaugurale, MM. Favre, colonel divisionnaire, Vollenweider, colonal médecin, chef du service de santé de l'armée fédérale, Raiano, général médecin, chef du serfice de santé de l'armée roumaine et président du Comité permanent des Congrès internationaux de médecine et de pharmacie militaires, Voncken, colonel médecin, directeur de l'Office international de médecine militaire, et A. Picot, conseiller d'Etat, ont pris successivement la parole.

Les travaux se sont poursuivis du 12 au 14 octobre et se sont terminés par une séance commune du Comité international de la Croix-Rouge et du Comité international de médecine militaire. Cette séance étudie la question de la création de villes et zones sanitaires.

En ce moment où des événements tragiques hantent les esprits, l'étude de la législation des guerres, quelles qu'elles soient, prend un intérêt de haute actualité : il est urgent de trouver une solution pratique pour le renforcement de la Convention de Genève et pour la question de la protection des populations civiles.

Au sujet de la carte des mobilisés et des vieilles classes. — UNE NOUVELLE CARTE. — La Commission des pensions de la Chambre a déposé dernièrement sur le bureau de la Chambre un rapport pour créer et accorder la carte du mobilisé et des vieilles classes avec avis favorable. Plus de 100 députés ont approuvé ce rapport.

Cette nouvelle carte donnera droit à certains privilèges et elle sera presque certainement délivrée dans le courant de l'année.

Pour la carte du combattant, on vient aussi d'établir de nouvelles listes d'unités et de formations qui n'y avaient pas droit jadis.

Camarades de l'avant et mobilisés des vieilles classes (R. A. T.) auxquels la carte a été refusée ou retirée, vous ne devez pas maintenant considérer vos refus ou retraits comme définitifs.

Vous avez intérêt à formuler une nouvelle demande en usant des voies de recours nouvelles qui vous sont ouvertes pour avoir satisfaction.

La Fédération des mobilisés de l'avant n'est pas une

NOUVELLES *(Suite)*

Fédération tapageuse, elle a pour président notre confrère E. Seurette, président honoraire du Syndicat de la Presse française périodique, et comme vice-président le colonel Bolotte, commandeur de la Légion d'honneur, deux hommes qui ont, depuis des années, rendu de grands services aux combattants.

Adressez au président de la Fédération des mobilisés de l'avant et des vieilles classes, 1 *bis*, rue Solférino, Parc Saint-Maur (Seine), toutes demandes de renseignements et de questionnaire pour obtenir cette nouvelle carte. Timbre pour réponse.

Collège des Sciences sociales (28, rue Serpente). — Quatre conférences d'acoustique physiologique et sociale (bruits et bruitisme). Les mercredis 18 et 15 novembre, 2 et 9 décembre, à 17 h. 30 (projections et auditions). (Dr Gommès.)

Cours de physiologie du travail, hygiène industrielle, orientation professionnelle (2e année) **au Conservatoire national des Arts et Métiers.** — Les mercredis et samedis, à 21 h. 15. M. LAUGIER, professeur. Le cours s'est ouvert le mercredi 4 novembre.

1° *Les grandes fonctions physiologiques.* — La vie cellulaire, le milieu intérieur, la fonction circulatoire. — La fonction respiratoire, échanges respiratoires et respiration des tissus. — Besoins alimentaires de l'organisme ; interconvertibilité des aliments ; digestion et assimilation. — Secrétion et excrétions. — Fonctions musculaires. — Centres nerveux et fonctions psychiques. — Chaleur animale et thermorégulation.

2° *Hygiène générale.* — Rations alimentaires, croissance, entretien, travail. — Hygiène individuelle. — Hygiène de l'habitation et de l'atelier. — Lutte contre les maladies infectieuses et les grands fléaux sociaux. — Microbes, immunité, anaphylaxie, sérums et vaccins. — Alcoolisme, tuberculose, cancer. — Hygiène mentale des individus et des grandes agglomérations.

3° *Orientation professionnelle.* — La biométrie humaine humaine et la biotypologie. — La connaissance de l'enfant ; la connaissance des professions. — Profils individuels, profils collectifs, profils professiographiques. — Rôle du pédagogue à l'école, du médecin, rôle du biologiste. — Les techniques d'examen et la valeur prédictive des épreuves d'aptitudes. — Les grilles d'orientation professionnelle.

Cours de pharmacologie. — Mlle Jeanne LÉVY, agrégée, a commencé ses leçons le jeudi 5 novembre 1936, à 16 heures (Amphithéâtre Vulpian), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure, pendant les mois de novembre et décembre 1936.

OBJET DU COURS. — Éléments de pharmacologie générale ; rapport entre la constitution chimique des médicaments et leur action pharmacodynamique.

Cours complémentaire d'obstétrique. — M. P. LANTUÉJOUL, agrégé, a commencé le cours complémentaire d'obstétrique le jeudi 5 novembre 1936, à 17 heures (Amphithéâtre Cruveilhier), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, au même amphithéâtre, à la même heure.

OBJET DES CONFÉRENCES. — Grossesse, accouchement et post-partum normaux. Pathologie de la grossesse.

Chaire d'anatomie pathologique. — Professeur : Gustave ROUSSY.

I. COURS ET TRAVAUX PRATIQUES. — Le professeur G. Roussy, en collaboration avec MM. Leroux, Oberling et Huguenin, agrégés, fera cette année, comme les années précédentes, son enseignement en liaison intime avec les travaux pratiques ; ceci pour enlever tout caractère doctrinal à un enseignement qui s'adresse aux étudiants de 3e année.

Dans ce but, les élèves seront groupés en séries, qui recevront chacune un enseignement complet de 27 séances à raison de 6 séances de deux heures par semaine. Chaque séance comprendra :

1° Un exposé succinct de l'une des questions essentielles de l'anatomie pathologique, fait par le professeur ou les agrégés, à l'aide de planches murales et de projections microphotographiques ;

2° Des démonstrations et des exercices de diagnostic de pièces anatomiques et de préparations histologiques faits sous la direction du chef des travaux, par MM. Albot, Busser et Delarue, assistants d'anatomie pathologique.

La première série commencera le lundi 9 novembre, à 15 heures, à l'amphithéâtre d'anatomie pathologique (escalier B).

Les élèves pourront compléter cet enseignement, s'ils le désirent, en suivant l'un des cours de perfectionnement ci-dessous annoncés.

II. COURS DE PERFECTIONNEMENT. — Les cours de perfectionnement suivants auront lieu durant l'année scolaire 1936-1937.

1° *Premier cours de technique et de diagnostic anatomo-pathologiques*, par MM. Oberling, agrégé, et Delarue, assistant. Ce cours a commencé le 5 octobre dernier. Il comprend 22 séances de technique et de diagnostic portant sur les affections médicales (droits : 250 francs).

2° *Deuxième cours de technique et de diagnostic anatomo-pathologiques*, par MM. Leroux, agrégé, chef des travaux, et Busser, assistant. Ce cours comprend 20 séances de démonstrations pratiques et de diagnostics portant sur les *affections chirurgicales.* Il aura lieu au mois d'avril 1937 (droits : 250 francs).

3° *Cours de technique hématologique et sérologique*, par M. Ed. Peyre, chef de laboratoire. Ce cours, de 12 leçons, aura lieu au mois de mai 1937 (droits : 250 francs).

III. QUESTIONS D'ACTUALITÉ ANATOMO-PATYOLOGI UE. — Le professeur G. Roussy fera tous les samedis, à 16 heures, à l'amphithéâtre d'anatomie pathologique, durant les mois de décembre, janvier, février et mars, une série de leçons sur des sujets d'actualité anatomo et physio-pathologiques.

Ces leçons s'adressent essentiellement à ceux qui désirent se mettre au courant des différentes questions qui sont à l'ordre du jour.

Elles ont aussi pour but de compléter l'enseignement donné aux étudiants, en reprenant certains points qui n'ont pu être traités au cours des séries de démonstrations et de travaux pratiques.

Une affiche ultérieure précisera le programme détaillé de ces leçons qui commenceront le samedi 5 décembre, à 16 heures.

Clinique obstétricale Baudelocque (121, boulevard de Port-Royal). — Professeur : A. COUVELAIRE. Assistants : L. PORTES et M. LACOMME, agrégés.

I. SERVICES CLINIQUES. — Avec l'assistance de MM. les

Librairie J.-B. Baillière et Fils, Éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris

LE NOURRISSON

Revue d'Hygiène et de Pathologie de la Première Enfance

VINGT-QUATRIÈME ANNÉE — 1936

ABONNEMENTS : France, 50 fr. Belgique, 75 fr. français. Étranger, 80 fr.

Le Numéro, paraissant tous les 2 mois : 12 francs

Numéro spécimen sur demande contre 5 francs en timbres-poste.

PRINCIPAUX ARTICLES PARUS EN 1936

NOUVELLES *(Suite)*

Drs Marcel Pinard et Laporte, médecins des hôpitaux ; Sureau, accoucheur des hôpitaux ; Lepage et Coen, chefs de clinique ; Powilewicz, Mme Anchel-Bach, Mme Fayot-Petit-Maire, anciens chefs de clinique ; François et Leblanc, chefs de clinique adjoints ; Lebental et Mouchotte, aides de clinique.

1° *Service des consultations* (policlinique Valancourt, 125, boulevard de Port-Royal). — Femmes en état de gestation : Tous les jours, de 8 à 18 heures.

Mères nourrices et nourrissons : Les mardis et jeudis, à 14 heures ; les samedis, à 9 heures.

Gynécologie : Les mardis, à 9 heures et samedis, à 14 heures.

Consultation prénuptiale. Stérilité : Les mercredis, à 10 heures.

Dispensaire antisyphilitique (femmes et nourrissons) : Les lundis et mercredis, à 14 heures ; les vendredis, à 9 heures.

2° *Service intérieur* (maternité Baudelocque, 121, boulevard d Port-Royal). — Tous les jours, à 9 h. 30 : Visite des femmes et des enfants hospitalisés.

Les mardis, à 14 h. 30 et samedis, à 10 heures : Opérations.

II. Enseignement clinique. — M. le professeur Couvelaire. Le lundi, à 11 heures : Discussion d'observations cliniques. Le vendredi, à 11 heures : Présentation de malades.

M. Portes : Le mardi, 14 h. 30, Technique opératoire.

M. Marcel Pinard : Le mercredi, à 15 heures, Dispensaire antisyphilitique.

MM. Powilewicz et Lacomme : Le samedi, à 11 heures, Puériculture et pathologie du nouveau-né.

III. Musée Henri Varnier. — Les collections d'anatomie obstétricale normale et pathologique peuvent être étudiées par les élèves et les médecins, les lundis, de 14 à 16 heures.

IV. Cours complémentaires. — 1° Cours de pratique obstétricale d'une durée de deux semaines. Deux séries : Vacances de Pâques. — Première quinzaine de septembre.

2° Cours supérieurs : stage clinique. — Pathologie obstétricale. Opérations obstétricales : 1re série du 1er février au 31 mars. — 2e série du 1er au 31 octobre.

Des affiches spéciales indiqueront en temps utile les horaires, les programmes et les conditions de ces cours complémentaires.

Clinique chirurgicale infantile et orthopédie (Fondation de la ville de Paris) Hôpital des Enfants-Malades 149, rue be Sèvres. Professeur : M. Ombrédanne).

Enseignement clinique. — *Lundi.* — 9 h. 30 : Examens de malades entrants par le professeur, à l'amphithéâtre du pavillon Kirmisson.

Mardi. — 10 h. 30 : Leçon clinique à l'amphithéâtre par le Dr Leveuf, agrégé, chirurgien à l'hôpital Bretonneau ; par le Dr Lèvre, chirurgien des hôpitaux, assistant du service, ou le Dr Pierre Petit, chef de clinique.

Mardi, jeudi, samedi. — 9 h. 30 : Opérations par le professeur.

Le jeudi sont groupées de préférence les interventions particulièrement délicates, ou non encore passées dans la pratique courante. Cette séance opératoire est organisée chaque semaine, pour l'instruction de perfectionnement des chirurgiens français et étrangers.

Vendredi. — 10 h. 30 : Leçon clinique à l'amphithéâtre par le professeur.

Lundi, mercredi, vendredi. — 9 h. 30 : Au pavillon Kirmisson, Appareillages orthopédiques (Dr Lance).

Tous les jours. — Consultation externe de chirurgie infantile au pavillon Molland, par un chef de clinique.

Visite dans les salles.

Interventions courantes de chirurgie infantile.

Tous les jours, sauf le samedi, le service de gymnastique rationnelle fonctionne sous la surveillance de Mme Boltanski.

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. (Professeur : M. F. Terrien). — *Enseignement des stagiaires.* — Mardis, jeudis et samedis à 10 heures (amphithéâtre Dupuytren) : Leçons pratiques avec projections, suivies d'exercices techniques et d'examens de malades.

Lundis et mercredis : Consultation expliquée.

Vendredis, à 10 h. 30 : Leçon clinique.

Un examen obligatoire et portant sur les matières enseignées aura lieu à la fin du stage.

Diplôme de médecine légale et de psychiatrie de l'Université de Lille. (Année 1936-193)7. — L'enseignement des matières figurant au programme de ce diplôme commencera le 10 novembre à 14 heures, à l'Institut de médecine légale et de médecine sociale de Lille (directeur : professeur J. Leclercq), boulevard P. Painlevé (porte de Valenciennes). Tél. : 308-79.

Ce diplôme est accessible aux médecins français et étrangers et aux étudiants en médecine ayant satisfait à l'examen de 5e année de doctorat.

L'enseignement complet en un an est assuré par M. le professeur Leclercq aidé de plusieurs de ses collègues et collaborateurs. Des conférences complémentaires sur des sujets spécialement à l'ordre du jour sont faites pendant les deux semestres par des professeurs français et étrangers appartenant à d'autres Universités et Facultés.

Les matières enseignées sont la médecine légale, la criminologie, la toxicologie clinique,la toxicologie chimique, la police technique, la médecine sociale, la pathologie traumatique, la déontologie. Tout cet enseignement est complété par des travaux et démonstrations pratiques (autopsies, recherches de laboratoire, expertises criminelles, expertises civiles). La partie psychiatrique du diplôme est enseignée à la clinique d'Esquermes par M. le professeur Raviart. Elle comprend un enseignement théorique et pratique très détaillé. En plus, une consultation de psychiatrie médico-légale fonctionne à l'Institut tous les mardis.

Ces études sont sanctionnées par des examens écrits, oraux et pratiques qui ont lieu fin juin.

Le diplâme est indispensable à ceux qui se destinent aux carrières médico-légales et psychiatriques. Il est très utile aux médecins des pays étrangers qui n'ont pas d'enseignement médico-légal similaire.

Ecole homéopathique de Paris, année 1936-1937, hôpital Saint-Jacques. — Les conférences de l'École homéopathique de Paris, qui ont pour but d'étudier, en théorie et en pratique, tout ce qui relève de la Science homéopathique, reprendront deux fois par semaine à l'hôpital Saint-Jacques, 37, rue des Volontaires, à Paris (XVe) (métro Volontaires), à 18 heures, à partir du mardi 10 novembre.

NOUVELLES *(Suite)*

A la fin de l'année, un certificat d'assiduité aux cours sera délivré.

PROGRAMME DES COURS. — Dr BONNEROT, *Les petits médicaments voisins des polychrestes (familles de Lycopodium, de Causticum et de Thuya)* : 17 novembre, 1-15 décembre, 19 janvier, 2-16 février, 2-16 mars, 6-20 avril, 4-18 mai.

Dr BITTERLIN, *Maladies du tube digestif (suite et fin)* : 13-27 novembre, 11 décembre, 8-22 janvier, 12-26 février, 12 mars, 9-23 avril, 14-28 mai.

Dr ÉVRAIN, *Matière médicale* : 10 novembre, 8 décembre, 12 janvier, 9 février, 9 mars, 13 avril, 11 mai, juin.

Dr MOUEZY-EON, *Applications homéopathiques de la phytothérapie* : 24 novembre, 22 décembre, 26 janvier, 23 février, mars, 27 avril, 25 mai.

Dr ALLENDY, *Traitement homéopathique des grands syndromes neuro-psychiatriques (insomnie, épilepsie, névralgies)* : 20 novembre, 4-18 décembre, 15 janvier, 5-19 février, 5-19 mars, 16 avril, 17-21 mai, 4 juin.

L'enseignement de l'École homéopathique de Paris est entièrement gratuit.

La bibliothèque de l'hôpital Saint-Jacques met à la disposition du public les livres et revues homéopathiques et est ouverte tous les jours non fériés de 2 h. 30 à 7 heures.

Conférences d'anatomie descriptive. — M. le professeur HOVELACQUE commencera ces conférences le mardi 10 novembre 1936, à 16 heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

SUJET DES CONFÉRENCES. — Anatomie du système nerveux central et du bassin.

Cours de pathologie chirurgicale. — M. le professeur Maurice CHEVASSU commencera son cours le jeudi 12 novembre, à 17 heures, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure, au petit amphithéâtre de la Faculté.

PROGRAMME : Grands processus morbides pathologie réno-urétérale.

Thèses de la Faculté de médecine de Paris. — M. LEMOINE : La thrombose de l'artère bronchique. — M. FROMENTIN : Étude du traitement du tétanos.

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

8 NOVEMBRE. — *Strasbourg.* Clinique infantile. Réunion pédiatrique de l'Est.

9 NOVEMBRE. — *Marseille.* Faculté de médecine. Concours de chef de clinique médicale de la Faculté de médecine de Marseille.

10 NOVEMBRE. — *Alger.* Concours de pharmacien de l'hôpital d'Orléansville.

10 NOVEMBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Séance de la Société de sexologie.

12 NOVEMBRE. — *Rouen.* Concours pour quatre places d'interne titulaire et une place d'interne provisoire en médecine.

12 NOVEMBRE. — *Alger.* Concours de médecin adjoint de l'hôpital de Churchill.

12 NOVEMBRE. — *Paris.* Mairie du VIe, 20 h. 30. Société végétarienne. Mme le Dr J.-E. ELIET : Etes-vous naturistes ?

12 NOVEMBRE. — *Paris.* École d'application du Val-de-Grâce. Concours de professeurs agrégés à l'École du Val-de-Grâce (professeurs agrégés de médecine).

13 NOVEMBRE. — *Alger.* Dernier délai d'inscription pour le concours de deux médecins ajoints à l'hôpital de Philippeville.

14 NOVEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Clôture du registre d'inscription des candidats au prix de l'internat (médaille d'or) médecine, chirurgie, accouchement.

15 NOVEMBRE. — Préfecture du Gers. Date limite en vue de l'inscription au concours d'un inspecteur départemental d'hygiène du Gers.

16 NOVEMBRE. — *Alger.* Concours de chirurgien adjoint de l'hôpital de Mostaganem.

16 NOVEMBRE. — *Bordeaux.* Concours de chef de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Bordeaux.

16 NOVEMBRE. — *Paris.* École du Val-de-Grâce. Concours de professeurs agrégés de l'École d'application du Service de santé des troupes coloniales.

17 NOVEMBRE. — *Toulon.* Ouverture d'un concours pour cinq places d'internes en médecine et en chirurgie.

19 NOVEMBRE. — *Rouen.* Concours pour la nomination de deux chirurgiens adjoints des hôpitaux de Rouen.

23 NOVEMBRE. — *Paris.* École du Val-de-Grâce. Concours de médecin sous-lieutenant de l'armée active.

25 NOVEMBRE. — *Alger.* Concours de pharmacien de l'hôpital de Miliana.

25 NOVEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Clôture du registre d'inscription des candidats au concours de l'externat des hôpitaux de Paris.

25 NOVEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture d'un concours pour la nomination à deux places de stomatologue des hôpitaux.

26 NOVEMBRE. — *Paris.* Mairie du VIe, 20 h. 30. Société végétarienne. M. le Dr CHAUVOIS : L'alimentation du moteur humain.

30 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale propédeutique de l'hôpital Broussais-la Charité, 56, rue Didot. M. le professeur Emile SERGENT : Cours de perfectionnement sur les suppurations bronchiques, pulmonaires et pleurales.

30 NOVEMBRE. — *Alger.* Concours de médecin adjoint de l'hôpital de Bône.

30 NOVEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Concours pour la nomination à deux places d'assistants d'électroradiologie des hôpitaux.

4 DÉCEMBRE. — *Nîmes.* Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Nîmes.

7 DÉCEMBRE. — *Marseille.* Concours de l'internat en pharmacie des hôpitaux de Marseille.

CHRONIQUE DES LIVRES

Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent, évolution normale, pathologie, traitement. *Manuel d'étude*, par le Dr Ed. Pichon, vol. in-8° de 374 pages (*Masson et Cie, à Paris*).

Bien des livres ont été écrits sur la psychologie de l'enfant, sur sa pathologie mentale et nerveuse, sur son éducation. Bien des discussions ont été consacrées ces années dernières à la neuropsychiatrie infantile, et on sait la place qu'elle prend de plus en plus dans les préoccupations des pédiatres comme dans celles des éducateurs. Et pourtant le livre qu'apporte mon collègue, ami et ancien élève Edouard Pichon ne ressemble à aucun autre et contient un exposé personnel entièrement neuf. Comme il le demande dans son avant-propos, on ne prendra pas ce livre « pour une compilation impersonnelle, pour un précis sec et sans vie. » C'est tout le contraire. « Rapporter les doctrines d'autrui sans les soumettre à un examen critique n'aurait pas été dans mes possibilités », dit-il lui-même, et il ajoute : « Je n'ai osé entreprendre le présent travail que parce que je me sentais autorisé à cet examen critique par mon expérience personnelle, dont je présenterai au lecteur, lors de mon exposé, les fruits les moins incertains. » Tous ceux qui le connaissent, qui savent son ardeur, la passion qu'il a pour cette neuropsychiatrie infantile, si complètement rénovée par les méthodes modernes d'examen et de psychanalyse, sont heureux de le voir grouper dans un livre l'ensemble des constatations qu'il a faites depuis dix ans et les exposer de la manière si personnelle et si vivante qu'il sait donner à sa pensée. C'est une œuvre vécue qui mériterait une très longue analyse, tant elle est riche de faits et d'idées. Sans doute elle peut appeler des discussions et des réserves et son auteur serait le dernier à s'en étonner. Mais son livre servira à tous ceux qui veulent s'orienter dans un domaine singulièrement épineux sans tomber dans les erreurs où l'on tombe presque fatalement, si l'on n'est pas dûment averti. Il s'adresse notamment « d'une part à tous ceux, médecins, psychologues, éducateurs qui s'adonnent à la psychopédeutique, et d'autre part à tous les parents et médecins soucieux de s'éclairer sur leurs tâches respectives ». Peut-on dès lors s'étonner de toutes les questions qui sont abordées dans cet ouvrage, de tous les problèmes qui y sont discutés ? Peut-on tenir rigueur à l'auteur d'avoir eu moins le souci de faire une œuvre didactique régulièrement tracée que d'aborder nettement toutes les questions, si souvent complexes, sur lesquelles il a pu se faire une opinion personnelle ? Il la défend avec netteté, traçant très loyalement la démarcation entre les faits et les hypothèses.

Son livre ne s'analyse pas, tant il est riche. Dans une introduction très finement analysée il étudie *ce que sont les problèmes psychologiques*, il discute la liaison du psychique au somatique et montre que, si importante que soit la médecine somatique, elle ne se révèle apte à nous fournir que des aides indirectes, très importantes sans doute dans certains syndromes particuliers ; c'est la voie psychologique qui est le principal chemin que doivent emprunter les investigations et les efforts thérapeutiques et, très justement, il rappelle les services qu'elle a rendus à M. Pierre Janet et à M. Sigismond Freud qui ont tant éclairé ces questions. L'auteur aborde ensuite l'étude de la *nature psychologique de l'enfance* et s'applique à montrer la diversité des enfants et à analyser l'organisation du psychisme enfantin.

Puis M. Pichon montre d'une manière très claire ce que sont actuellement nos *méthodes d'investigation diagnostique*, quelle est notamment la *valeur des tests* et comment il faut s'en servir. Il expose de même ce que peuvent être chez l'enfant les *investigations psychanalytiques* sur lesquelles il donne des notions très précises.

M. Pichon étudie ensuite le *développement psychique normal* et, dans des pages pleines d'aperçus personnels, il analyse ses diverses phases, il examine l'évolution normale du langage, des instincts, de la moralité, des opérations intellectuelles chez l'enfant. Puis il passe à l'exposé des troubles de ce développement, montrant, en se basant sur des exemples nombreux, ce que sont les syndromes médico-psychiatriques à substratum organique, les syndromes médico-psychiatriques d'origine obscure, les syndromes psychiatriques purs. Il touche là à de très nombreux sujets et, sans entrer dans les détails de la pathologie, ce qui n'est pas son but, il apporte sur une série de questions controversées une opinion personnelle et donne nombre d'indications pratiques sur la manière d'interpréter les multiples manifestations neuropsychiatriques de l'enfant.

Une quatrième partie est consacrée à l'éducation, aux caractères qu'elle doit avoir aux divers âges, aux problèmes de tout ordre qu'elle soulève. L'auteur étudie l'éducation de bébé et l'instruction préprimaire, l'éducation scolaire, l'éducation familiale et sociale. Chemin faisant, il aborde nombre de sujets fort actuels, la place des jeux et des sports, celle des chansons, des contes et des lectures, l'éducation sexuelle, le scoutisme, etc. Il consacre une dernière partie à l'orthopsychopédie ou thérapeutique des troubles du développement psychique et, après avoir brièvement rappelé ce qu'est la thérapeutique par voie somatique, il insiste un peu plus longuement sur la thérapeutique par voie psychique et apporte notamment sur la psychanalyse et particulièrement la pédopsychanalyse une série de précisions fort utiles.

Ce que ne peut dire cette énumération un peu rapide, c'est l'intérêt de tous ces chapitres qui, traitant de l'enfance, à tant d'égards si passionnante, donnent à chaque page des aperçus nouveaux et permettent de se rendre compte notamment des progrès réalisés grâce aux travaux de Freud. Même si l'on ne suit pas l'auteur dans son enthousiasme pour l'œuvre du maître viennois (dont d'ailleurs il sait marquer les limites), on est toujours intéressé par les idées qu'il développe et les critiques, si souvent justes, qu'il fait aux méthodes éducatives trop souvent adoptées à l'égard des jeunes enfants. Cet ouvrage, fruit de longues et judicieuses observations, suscitera sans doute un grand intérêt parmi les spécialistes mais il s'adresse aussi aux médecins non spécialisés, aux parents, aux éducateurs qui ne perdront pas leur temps en le lisant et en retenant la plupart des conclusions.

P. Lereboullet.

CHRONIQUE DES LIVRES *(Suite)*

Pédiatrie pratique, répertoire de mises au point, indications et moyens thérapeutiques, par Eugène Terrien, ancien chef de clinique infantile de la Faculté à l'hôpital des Enfants-Malades. 1936, 1 vol. de 248 pages, 24 fr. (*Masson et Cie, à Paris*).

Ce livre court, simplement écrit, plein de notions utiles, groupe toute une série de brèves études cliniques susceptibles d'apporter au médecin quelques indications nouvelles sur des chapitres de pédiatrie que souvent il connaît mal et dans lesquels pourtant un diagnostic précis, une thérapeutique appropriée importent.

De ces 116 petits chapitres je citerai, en exemple, les abcès du poumon dans le premier âge, les anémies aiguës infantiles et notamment les anémies spléniques, la maladie de Basedow chez l'enfant, la fièvre typhoïde infantile, le kala-azar, la leucémie aiguë, les rhumatismes infantiles, la xanthomatose infantile. Ce sont des notes d'actualité sur une série de sujets, qui mettent en relief certaines particularités cliniques, certains moyens récents de diagnostic et de traitement. L'auteur, dont tous connaissent la longue expérience en médecine infantile, a pu donner à ces exposés très divers une note très personnelle. Il les a classés par ordre alphabétique comme dans un répertoire, mais une table analytique groupe ceux qui se rattachent à un sujet commun ou au même organe. Ce petit livre rendra service non seulement aux pédiatres, mais à nombre de praticiens, soucieux de connaître la clinique infantile actuelle. P. Lereboullet.

Études sur les maladies de l'enfance, par A.-B. Marfan. 1936, 1 vol. in-8° de 191 pages (*Masson et Cie, à Paris*).

Le professeur Marfan a eu la très heureuse idée de grouper dans ce volume des travaux qui, pour divers motifs, n'avaient pas pu trouver place dans les ouvrages qu'il a consacrés aux maladies de l'enfance. Comme ils ont un haut intérêt et que leur lecture est pleine d'enseignements, les médecins seront reconnaissants au maître, dont les conseils leur ont été si souvent utiles, de les guider ainsi une fois de plus. L'exposé qui ouvre le volume consacré à la *scrofule* et celui qui suit sur le *rachitisme* constituent de véritables monographies sur des sujets que le professeur Marfan a longuement étudiés et dont il a envisagé tous les aspects ; il en est de même du *lymphatisme* sur lequel il donne bien des précisions utiles. Si elles sont moins importantes, les études qu'il publie ensuite sur les *albuminuries intermittentes des grands enfants et des adolescents*, sur une forme de *céphalée habituelle des écoliers*, sur la *défécation involontaire des écoliers* seront lues ou relues avec grand profit. On sait la part prépondérante du professeur Marfan dans la description des *complications nerveuses de la varicelle* et dans celle de la *paraplégie spasmodique hérédo-syphilitique*. On recherchera volontiers dans ce livre les exposés dans lesquels il relate ses constatations. De même il était utile que l'on puisse trouver dans un volume comme celui-ci l'étude de la *ponction du péricarde par voie épigastrique sous-xiphoïdienne* à laquelle le professeur Marfan a attaché son nom et celle des *procédés de détubage* si utiles à connaître. Par sa variété même, ce volume est constamment intéressant et riche en notions pratiques. P. Lereboullet.

Synthèse des voies de conduction des centres nerveux (topographie structurale), par E. Leblanc, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine d'Alger (*Félix Alcan, éditeur*).

Les premières phrases de la préface de l'auteur indiquent parfaitement son but. « J'ai voulu, écrit-il, ce livre pour les neurologistes, pour les praticiens, pour les étudiants, pour tous les scientifiques qui s'intéressent aux centres nerveux. Ils y trouveront un schéma des origines et des trajets des voies de conduction, que je me suis efforcé de rendre aussi clair, aussi complet qu'il m'a été possible de le faire, en l'accordant avec l'état actuel des connaissances de neurologie anatomique. J'ai essayé de mettre un ordre didactique, pouvant être suivi sans trop de difficultés, dans des faits dont le nombre est considérable et la complexité décourageante. »

Ce but a été parfaitement rempli. Il est donc inutile de dire que le livre de M. Leblanc n'a rien de commun avec ces précis hyperschématiques qui donnent trop souvent des idées fausses. L'auteur reconnaît modestement que « son apport personnel de faits est infime », qu'il s'est borné à « raccorder en aspects continus » les conclusions des grands neuro-anatomistes de notre temps, et que c'est à Winkler qu'il a fait le plus d'emprunts. C'est déjà là une lourde tâche : elle a parfaitement été remplie. Je ne vois à regretter qu'une chose : l'absence d'un index analytique. A. B.

Lésions du pancréas et troubles fonctionnels pancréatiques. Diagnostic en clinique par l'épreuve à la sécrétine purifiée, par Marc Bolgert. Préface du professeur Roussy. Un volume de 262 pages avec 22 figures. Prix : 45 fr. (*Masson et Cie, éditeurs, Paris*).

Après avoir rappelé l'inconstance des signes cliniques traduisant l'altération du pancréas et la valeur discutable des nombreux procédés biologiques qui ont été successivement proposés pour la mettre en évidence, l'auteur reprend l'étude de la sécrétine purifiée au double point de vue expérimental et clinique.

Il résume la technique de son emploi chez l'homme pour le diagnostic des troubles fonctionnels de la sécrétion externe (tubage duodénal préalable, injection intra-

veineuse de sécrétine purifiée, suivie du recueil du suc pancréatique, et dosage des activités liposique et trypsique) ; les différentes causes d'erreur qui peuvent intervenir au cours de l'épreuve sont passées en revue.

Un chapitre spécial est consacré à une nouvelle interprétation des résultats, susceptible d'une plus grande précision. Il y est notamment tenu compte de la quantité de liquide recueilli, fait trop négligé jusqu'ici dans la recherche de l'insuffisance pancréatique par examen du suc duodénal. Enfin, l'action *in vitro* de solutions artificielles de sels biliaires sur l'activité des diastases contenues dans le suc duodénal est également envisagée.

Les derniers chapitres sont consacrés aux résultats obtenus au cours d'affections pancréatiques proprement dites, et chez des sujets atteints de diverses affections (ictères, cirrhoses, cholécystites, troubles gastro-duodénaux, tuberculose pulmonaire, anémie de Biermer) au cours desquelles on a pu soupçonner une participation pancréatique.

Il semble que la nouvelle interprétation de l'épreuve à la sécrétine soit susceptible non seulement de permettre souvent un diagnostic précis sur l'état fonctionnel de l'organe, mais aussi de montrer que des troubles pancréatiques peuvent s'observer au cours d'affections digestives, hépato-biliaires ou générales, plus fréquemment qu'il n'est classique de le croire.

Ce travail fort intéressant, extrêmement documenté, permet de faire le point sur un sujet d'actualité.

J. L.

Conférences cliniques de médecine infantile, par le Dr H. GRENET, médecin de l'hôpital Bretonneau (quatrième série). Un vol. (25 × 16,5), 340 pages, 51 figures (*Vigot frères*).

Les précédents volumes de conférences du Dr Grenet ont eu un grand et légitime succès. Ces conférences, faites à l'hôpital Bretonneau, sont conçues dans un but pratique. Par des observations cliniques et des exemples tirés de la pratique de l'auteur, le lecteur est mis directement en présence des difficultés de diagnostic, de pronostic et de thérapeutique. Certains des sujets étudiés ont été renouvelés par des travaux récents : l'auteur s'est efforcé d'en donner une mise au point claire et impartiale. Ces leçons sont rédigées dans un esprit clinique qui en rend la lecture facile, et les fait bien accueillir des élèves et des médecins, soucieux de se familiariser avec les difficultés de la pathologie infantile. Pour les étudiants auxquels cet ouvrage est spécialement destiné, l'auteur a pensé qu'il serait utile de rappeler quelques règles de déontologie. Dans ce nouveau volume, c'est le *secret médical* qui est bien exposé sous ses divers aspects par M. Greuet. Voici la liste des autres leçons de cette quatrième série :

I. Les formes chroniques et curables de la tuberculose miliaire chez l'enfant. — II. Les abcès du poumon chez les enfants. — III. Les tumeurs du médiastin chez l'enfant. — IV. Les brûlures chez l'enfant. — V. Rhumatisme et scarlatine. — VI. Le diagnostic de la scarlatine. — VII. Le rachitisme (1re leçon, notes cliniques). — VIII. Le rachitisme (2e leçon, causes et traitement). — IX. Sur la dysostose cranio-faciale et sur quelques anomalies craniennes. — X. La neurofibromatose chez l'enfant. — XI. Les hémorragies méningées chez les enfants. — XII. Les splénomégalies de l'enfance. — XIII. La syphilis acquise chez l'enfant. — XIV. Le traitement de la syphilis chez l'enfant.

Leur variété et leur importance assurent à ce nouveau volume le succès des précédents; comme eux, il témoigne du soin, de l'expérience et du bon sens clinique et thérapeutique de l'auteur.

L. P.

Pédiatrie, 3 volumes de la collection ***Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*** de E. SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS, L. BABONNEIX. 2e *édition* (*Maloine, éditeur*).

Le *Traité de pédiatrie*, remis au point dans cette nouvelle édition, représente un aperçu très complet de l'état actuel de la pédiatrie. On y retrouve après l'introduction du professeur Marfan une étude fort intéressante de M. Apert sur la physiologie de l'enfance, un véritable traité d'hygiène infantile de M. Jules Renault et de ses collaborateurs comportant notamment un exposé très complet de l'alimentation des enfants, une étude de la thérapeutique et de la posologie infantile.

Dans le second volume, il faut signaler particulièrement l'exposé de MM. Weill et Pélu sur les infections du nouveau-né, de M. Armand-Delille sur les maladies des voies respiratoires, de M. Nobécourt sur les maladies du cœur, de MM. Babonneix et Voisin sur les encéphalopathies infantiles.

Dans le troisième volume, on est surtout retenu par le remarquable exposé de M. Ribadeau-Dumas sur les troubles digestifs de la première enfance et sur les régimes et la diététique du premier âge. M. Lesné y étudie, avec M. Launay, les troubles digestifs de la deuxième enfance et M. Rivet les dermatoses infantiles courantes. Nombre d'autres articles complètent cet ensemble, qui représente un exposé très actuel des plus importantes questions de pédiatrie et fait honneur à ceux qui en ont assumé la direction et la publication.

P. L.



Au cimetière des soldats français de la grande guerre (fig. 1).

XV[e] CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE DE CLIMATOLOGIE ET DE GÉOLOGIE MÉDICALES

Belgrade, 29 *septembre*-2 *octobre* 1936.

Les Congrès internationaux d'hydrologie, de climatologie et de géologie médicale sont une œuvre française dont le mérite revient à son fondateur Max Durand-Fardel. Il existe à Paris un bureau permanent de ces congrès, présidé actuellement par R. Durand-Fardel avec comme secrétaire général Flurin et comme secrétaire-adjoint Françon. Ces trois hautes personnalités de la médecine thermale assurent la pérennité de l'œuvre de Max Durand-Fardel ; grâce à eux, les congrès internationaux d'hydrologie ont pu cette année fêter leur cinquantenaire et on ne saurait trop les remercier de l'effort considérable qu'ils ne cessent de fournir. Ces congrès ont lieu tous les trois ans alternativement en France et à l'étranger.

A Toulouse en 1933, nos amis Yougoslaves avaient proposé comme siège du prochain congrès Belgrade.

Le Congrès, sous le haut patronage de S. A. R. le prince Paul, régent royal de Yougoslavie, et du maréchal Franchet d'Esperey, voïvode de l'armée yougoslave, avait comme président d'honneur M. Tsoetkovitch, ministre de la Prévoyance sociale et de la Santé publique. Le professeur Yovanovitch, recteur de l'Université de Belgrade, n'a pu, étant souffrant, assister aux séances du Congrès qu'il devait présider.

M. Tsoetkovitch, ministre de la Prévoyance sociale et de la Santé publique, a ouvert le Congrès dans la grande salle de l'Université Kolarac en présence du Corps diplomatique et notamment de S. E. le comte de Dampierre, ministre de France en Yougoslavie.

Les séances se succédèrent ensuite pendant quatre jours au grand amphithéâtre de l'Institut de physiologie de la Faculté de médecine, dont la très belle installation et les belles dimensions laissent loin derrière elles nos amphithéâtres de la Faculté de médecine de Paris ; la séance de clôture fut présidée par le professeur Nenadovitch, professeur d'hydrologie à la Faculté de Belgrade.

Le Congrès s'est déroulé dans un ordre parfait grâce au professeur N. Neskovitch, professeur à la Faculté de médecine de Belgrade, secrétaire général du Congrès, assisté du D[r] Garnier, notre compatriote, qui dirige depuis de longues années à Belgrade avec un brillant succès le Dispensaire français et la Goutte de Lait. Les deux secrétaires généraux se sont vraiment multipliés durant tout le Congrès, et ils ont dû assurer pendant de longs mois sa préparation. Nous ne saurions trop les féliciter de l'œuvre accomplie. Le professeur Neskovitch, constamment sur la brèche, a fait preuve de qualités d'organisateur remarquables.

Le Congrès était international, et presque tous les pays étaient représentés ; nous avons eu la haute satisfaction de voir le ministre de la Prévoyance sociale ouvrir le

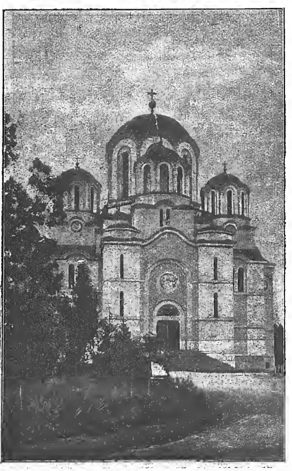
REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Congrès en français et les délégués chiliens, hollandais, roumains, tchécoslovaques, turques, utiliser la langue française.

Les rapports et les communications furent nombreux et variés.

Quatre questions étaient surtout à l'ordre du jour :

1° Quelques problèmes nouveaux de la biophysique de



Le mausolée de la famille royale à Oplenal (fig. 2).

l'eau. Quatre rapports : le premier du professeur Villaret, assisté des professeurs agrégés Chabrol et Justin-Besançon et de M. Charonnat concernant l'*hydrotropie*.

Le deuxième, du professeur Fontès, de Strasbourg, sur « les mutations de l'eau dans l'organisme vivant sous l'influence de quelques eaux minérales ».

Le troisième du professeur Vlès, de Strasbourg, sur « certains caractères physicochimiques de l'eau ».

Le quatrième de M. Pierre Urbain, maître de conférence à l'Institut d'hydrologie de Paris, sur l'eau lourde dans les sources hydrominérales.

2° La deuxième question concernait la *cure thermale du diabète*.

Le professeur Akil Moukhtar, de Stamboul, traita « l'action des différents ions et des eaux minérales sur le métabolisme des hydrates de carbone ».

Le professeur F. Rathery, en collaboration avec P. Froment, Dérot, Lescœur, de Traverse, Rudolf et Fau, présenta quatre rapports concernant :

a. Le diabète et les états diabétiques dans leurs rapports avec les eaux thermales ;

b. Les médications et les effets de la cure thermale dans le diabète sucré ;

c. Equilibre humoral au cours de la cure thermale chez le diabétique ;

d. L'hygiène et le régime au cours du traitement hydrominéral du diabète sucré.

La troisième question, de climatologie, concernait : les *influences climatiques dans la prévention et la thérapeutique chez les adolescents* (en dehors de la tuberculose). Le professeur Piéry, de Lyon, était assisté de M. le professeur agrégé Garot (de Liége), du docteur Rollier (de Leysin), du Dr Orlitch, de Dubrovnik, du Dr Lavretch, de Rogaska Slatina.

La quatrième question avait trait à la *géologie des stations hydrominérales yougoslaves*. Le rapporteur, le professeur Loukovitch, de Belgrade, était assisté des professeurs Nenadovitch, Yovanovitch et du Dr Milonitch.

A côté de cette partie scientifique, tout un programme de fêtes et de banquets n'avait pas été oublié. Le mardi 29, à Ratnichki-Dom nous étions invités à un dîner national ; par une délicate attention, ce dîner très gai, agrémenté de danses et de chants yougoslaves, était constitué exclusivement par des plats nationaux, fort succulents du reste. Le 30, le maire de Belgrade nous conviait à un somptueux banquet ; le 1er, avait lieu un deuxième banquet et le vendredi soir, 2 octobre, une représentation théâtrale nous était donnée au théâtre national, où, par une nouvelle et délicate attention, une pièce nationale serbe était représentée invoquant les coutumes et les chants de l'ancienne Serbie. La principale interprète, femme d'un de nos confrères serbes, nous a fait applaudir sa grâce, son charme et sa superbe voix. Je n'aurais garde d'oublier la très aimable réception offerte à tous les congressistes par la comtesse et le comte de Dampierre. Nous avons eu grand plaisir à admirer les nouveaux locaux de la Légation où la France dans un site magnifique et dans un cadre tout moderne arrangé avec infiniment de goût a enfin une installation digne d'elle.

Après le Congrès, un voyage touristique d'un puissant attrait permettait à ses membres de visiter les paysages admirables de la Yougoslave du Sud et de la côte Dalmate.

Rappelé à Paris par les nombreux Congrès qui s'y tenaient, je n'ai pu malheureusement suivre la caravane. Mais avant de clore ce compte rendu, je voudrais insister sur certaines particularités qui m'ont frappé durant ce voyage. D'abord mon admiration pour le peuple yougoslave qui fournit un effort vraiment extraordinaire. Belrade, presque complètement détruite durant la grande guerre, est actuellement une vaste capitale, aux larges et longues avenues bordées de maisons neuves, entrecoupées de grands jardins. On sent, à chaque pas que l'on fait dans la cité, l'effort créateur, l'ordre, un haut sentiment national, une fierté de l'œuvre accomplie ; on cite avec orgueil l'emplacement où s'élève aujourd'hui un vaste palais qui n'était, il y a quelques années, qu'un champ à peine défriché, et la preuve de cet effort créateur émouvant n'est-elle pas dans ces champs de maïs, dans ces vignes qu'on

MÉTHODE DE WHIPPLE

SYNDROMES ANÉMIQUES

HÉPATHÉMO DESCHIENS

EXTRAIT DE

FOIE DE VEAU FRAIS

AMPOULES – …BLES – SIROP

LABORATOIRES DESCHIENS
9, RUE PAUL BAUDRY, PARIS VIIIe

GRANULÉ

FLUOBYL

FLUIDIFIANT
ET EXCITANT DE LA
SECRÉTION BILIAIRE

LACTOSÉRUM-CITRATE DE MAGNÉSIE-PEPTONE

LABORATOIRES LICARDY_38, B^d BOURDON-NEUILLY S/SEINE


QUINBY
QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"
et
SYPHILIS
QUINBY SOLUBLE
INDOLORE_INCOLORE PROPRE_INJECTION FACILE
Adopté par :
L'Assistance-Publique — Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.
QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE CONTRE LA TYPHOÏDE
QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE LA FIÈVRE DE MALTE
LABORATOIRES AUBRY
62 rue Erlanger
PARIS (XVI°)

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

volt encore aujourd'hui en pleine agglomération urbaine et qui viennent attester cette expausion récente de la capitale. Si ou voit, comme dans la banliene de Paris, de misérables cabanes en planches et des abris hétéroclites, ce n'est pas à la périphérie, mais souvent en plein centre, noyés par les constructions et les avenues nouvelles. Mais ces cabanes sont peu à peu remplacées par de coquettes maisons où les malheureux trouvent des abris sains, aérés et commodes ; aussi ces témoins de l'ancien temps se font-ils de plus en plus rares et ils ne subsistent plus guère aujourd'hui qu'en des points très rares qui disparaissent peu à peu. On assiste vraiment à l'éclosion d'une ville moderne qui se bâtit en plein champ au niveau de cet admirable confluent du Danube et de la Save.

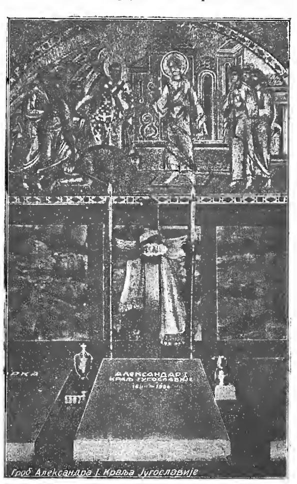
On chercherait en vain à Belgrade des monuments historiques ; par places, on découvre encore quelques vieilles maisons de l'ancien temps, mais Belgrade n'a cessé jusqu'ici d'être la citadelle avancée du royaume, constamment en butte aux incursions de ses voisins ; la dernière guerre l'avait presque entièrement détruite. C'est ici la naissance d'une nouvelle capitale, mais beaucoup plus vaste, aux places grandioses, qui, possédant maintenant de vastes territoires sur la rive opposée du Danube, entend se développer et aspire à la paix. En admirant votre effort, ami yougoslave, votre capitale reconstruite, ma pensée se reporte également sur nos villes du Nord et de l'Ouest de la France, villes martyres aussi et que ses habitants ont reconstruites dans une égale espérance de paix et de tranquillité.

Cet effort yougoslave, cet esprit national, ce haut sentiment du devoir et cet amour du travail, je le retrouve en allant avec une délégation de membres du Congrès pour remplir deux pieux devoirs, d'abord porter à Avala, sur le haut de la colline, une couronne sur la tombe du soldat inconnu. Tombe actuellement modeste, mais combien émouvante et touchante, simple croix de pierre creusée à son centre d'une niche dans laquelle brille un cierge ; mais cette croix est faite de pierres portées à dos d'homme jusqu'en haut de la colline ; un magnifique mausolée dominant toute la plaine est actuellement en construction. Et puis, à 90 kilomètres de Belgrade, à Oplenal, nous avons été pieusement nous incliner sur la tombe du roi martyr, tombé, hélas, sur la terre de France, si fière et si heureuse pourtant de le recevoir.

Le mausolée de la famille royale blanc et noir, extérieurement fait de coupoles multiples, n'est à l'intérieur qu'un éblouissement et que le chatoiement d'or et de fresques reproduisant des scènes religieuses. Dans la crypte sombre où quelques cierges seulement répandent une lumière que se renvoient en tous sens les mosaïques d'or de la voûte, une simple dalle de marbre avec un nom, émouvante dans sa simplicité, marque pour Alexandre comme pour chacun des Karageorgevitch le lieu du dernier sommeil.

Nous n'avons pas oublié notre cimetière à nous, celui réunissant un certain nombre de Français tombés en Orient, loin de leur pays. Les tombes sont alignées, nombreuses, devant un grand calvaire. Des mains pieuses les entretiennent avec soin. Ils reposent en paix, parmi leurs frères yougoslaves pour lesquels ils ont donné leur vie.

A cette admiration pour ce peuple énergique et fort, travailleur et intelligent, se joint un sentiment que je voudrais analyser et que je ne peux mieux traduire qu'en disant qu'il est fait de reconnaissance. La Yougoslavie n'oublie pas que la France a combattu pour elle et à ses côtés ; comme me le disait un de ses hommes politiques, entrez chez un de nos paysans et dites que vous êtes français, et vous verrez. Et je suis entré chez ces paysans, je me suis nommé et j'ai vu en effet toute la chaleur de leur accueil. Comment expliquer autrement que par la persistance et la puissance du souvenir, la façon dont nous avons été reçu, cette amabilité souriante, ce besoin si discret de rendre service ; on hésitait à formuler un désir, car il était aussitôt satisfait. Reçu au home familial, nous avons goûté la délicatesse et le charme de nos amis. Avec quel plaisir nous retrouvions les élèves qui, à Paris, avaient suivi nos cours, fréquenté nos services.



Le tombeau du Roi Alexandre Ier de Yougoslavie (fig. 3).

Je ne veux citer aucun nom, mais que tous ceux qui se sont ici empressés à nous témoigner cette fidélité du souvenir sachent combien elle nous a touché.

A la fin du Congrès, le ministre de la Prévoyance sociale et de la Santé publique a voulu témoigner tout spécialement à la France son estime particulière en multipliant à nos compatriotes les distinctions les plus flatteuses

auxquelles ils ont été tout particulièrement sensibles.

J'ai pu avant mon départ, grâce à l'extrême obligeance du ministre de la Prévoyance sociale, aller visiter le station de Vrnjci-les-Bains, à quelque 250 kilomètres environ de Belgrade, et admirer ici encore l'effort soutenu de nos amis. Station bicarbonatée-sodique et radio-active, elle est en pleine transformation, mais, telle qu'elle est actuellement, ses thermes répondent aux règles de l'hygiène la plus stricte.

L'aimable professeur Neskovitch qui avait bien voulu nous accompagner, Mme Flurin, le Dr Flurin et moi, nous expliquait ses projets de laboratoire à la station même, de façon à utiliser dans ses expériences l'eau prise au greffon.

Je termine ici le compte rendu de ce Congrès dont l'intérêt scientifique fut en tout point remarquable et qui nous laisse des souvenirs infiniment précieux de l'attachement yougoslave pour la France.

Celui de 1939 doit avoir lieu dans notre belle cité de Strasbourg.

Je lui souhaite un pareil succès. F. RATHERY.

SÉANCE ANNUELLE DE L'UNION THÉRAPEUTIQUE

Paris, 14 octobre 1936.

Le traitement endocrinien de la migraine.

Par le professeur G. MARAÑON (de Madrid).

La migraine est un syndrome dont on suppose que l'élément fondamental consiste en une perturbation nerveuse, neuro-végétative, qui est dans la plupart des cas constitutionnelle et héréditaire.

De même que dans la pathogénie de l'asthme ou de l'épilepsie, les glandes de sécrétion interne interviennent dans la pathogénie du syndrome de la migraine de deux manières. D'un côté, les perturbations constitutionnelles des glandes endocrines peuvent contribuer à produire le déséquilibre neuro-végétatif qui est l'axe principal de la prédisposition à la migraine. D'autre part, la mauvaise fonction de certaines glandes endocrines pourrait déchaîner l'apparition des accès de migraine, de la même catégorie, ni plus ni moins, que d'autres phénomènes pathologiques comme les troubles digestifs, la fatigue nerveuse, les émotions, etc.

Il n'y a aucune perturbation endocrine qui puisse être spécialement reliée à l'intervention des facteurs hormonaux dans la genèse de la migraine. La thyroïde peut intervenir tout aussi bien que l'ovaire, l'hypophyse ou le pancréas et peut-être même d'autres organes de sécrétion interne.

Ces glandes n'agissent pas dans un sens déterminé et c'est le déséquilibre, quel qu'il soit, qui est propice à l'accès de migraine.

C'est pourquoi le rétablissement de la normalité hormonale peut provoquer d'une manière qui semble quelquefois décisive, l'amélioration des accès de migraine ; mais la prédisposition à la migraine, c'est-à-dire l'essence de la maladie, ne se trouve pas guérie pour cela. C'est pourquoi aussi, on n'obtient pas toujours le rétablissement de la normalité hormonale avec des médicaments excitants ou avec des médicaments calmants de ces glandes, mais avec les uns ou avec les autres, selon les cas.

Nous ne sommes pas autorisés à parler de « migraines endocriniennes » ni de « guérisons endocrines » de la migraine.

Sur le rôle des spasmes vasculaires et importance de la thérapeutique antispasmodique dans la migraine.

Par le professeur C.-I. PARHON (de Bucarest).

La pathogénie de la migraine, encore assez obscure, doit tenir compte des faits suivants : la migraine est, avant tout, une maladie constitutionnelle, ce qui veut dire dans une large mesure endocrinienne. L'hypothyroïdie semble constituer souvent la base du syndrome migraineux. C'est de cette façon qu'on peut comprendre l'hypercholestérolémie quasi constante de ces malades. L'hypoparathyroïdie et d'autres troubles glandulaires peuvent également intervenir dans la constitution du terrain migraineux sur lequel des facteurs variables déclenchent l'accès.

Dans la genèse de ce dernier, les angiospasmes cérébraux ont une grande importance, sans exclure pour cela l'intervention du vague ou d'autres mécanismes.

Le traitement opothérapique thyroïdien et parathyroïdien modifie le terrain et, en mobilisant le calcium, agit également sur les angiospasmes. Le traitement bromuré, le luminal, la papavérine, les analgésiques habituels, agissent surtout contre les accès, mais, employés pendant longtemps, semblent modifier aussi d'une façon plus ou moins durable l'excitabilité cérébrale et la tendance aux angiospasmes et aux accès migraineux.

Le traitement hépatique de la migraine.

Par le professeur E. AUBERTIN (de Bordeaux).

Depuis une quinzaine d'années, l'attention a été particulièrement attirée sur le rôle joué par les troubles fonctionnels du foie dans la pathogénie de la migraine. Deux sortes de faits ont été relevés. Les uns ont mis en relief l'importance de la stase biliaire. Les autres tendent à montrer que l'état migraineux est conditionné par un état d'insuffisance fonctionnelle du foie.

Les migraines liées à la stase biliaire se signalent par l'abondance des vomissements bilieux qui se répètent au cours des crises. Accessoirement, l'apparition, dans les jours précédant l'accès, d'un léger subictère, la présence, entre les crises, de troubles digestifs, avec nausées fréquentes, la sensibilité de la région vésiculaire peuvent aider à conduire sur la voie du diagnostic.

Celui-ci ne peut être posé cependant avec certitude que par la radiographie après opacification, et par le tubage duodénal. On observe alors le plus souvent les signes d'une cholécystatonie (Chiray).

La meilleure preuve que la migraine est bien liée à cet état de stase vésiculaire est fournie par les heureux effets des tubages du duodénum, avec drainage des voies biliaires par le sulfate de magnésie. Les crises de migraine s'espacent et s'atténuent. Dans ce cas, le cholécyste paraît reprendre de la tonicité, comme le montrent des explorations successives par la méthode de Meltzer-Lyon.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Dans les cholécystites chroniques, lithiasiques ou non, ce mode de traitement ne donne pas les mêmes succès, et il n'est pas toujours sans danger.

Dans l'ensemble, 30 p. 100 au moins des migraines graves paraissent relever de cette thérapeutique qui réalise un gros progrès. Le mécanisme par lequel la stase biliaire intervient dans la production du syndrome est d'ailleurs encore inconnu.

Plusieurs auteurs se sont attachés par ailleurs à montrer l'extrême fréquence des troubles fonctionnels du foie chez les migraineux. Outre les signes cliniques (modification du volume du foie, sensibilité de cet organe ou de la vésicule, troubles digestifs), on observerait également souvent de l'hyperbilirubinémie, de l'hypercholestérolémie, de l'augmentation de l'azote résiduel du sang, de l'urobilinurie.

La crise serait due au passage dans les humeurs de substances toxiques ou choquantes par suite de l'insuffisance fonctionnelle du foie, notamment dans son rôle sur le métabolisme azoté. La plupart des migraines dites anaphylactiques ne relèveraient en réalité que de ce mécanisme.

Aussi, le traitement de fond de l'affection consiste-t-il surtout, pour les protagonistes de cette conception, dans le ménagement du foie, grâce à un régime approprié pauvre en protéines d'origine animale et dans la régénération de cet organe par une médication cholagogue, cholérétique, stimulante et opothérapique longuement poursuivie.

La doctrine de la migraine par insuffisance hépatique soulève cependant quelques objections. Les signes cliniques d'altération du foie sont souvent minimes et peuvent manquer. L'exploration fonctionnelle de la glande ne paraît jamais avoir été entreprise systématiquement chez un nombre suffisant de malades. Des résultats contradictoires ont été publiés en ce qui concerne les modifications humorales ou urinaires. D'autres régimes que le régime végétarien ont également des succès à leur actif.

L'insuffisance hépatique est certainement fréquente chez les personnes sujettes aux migraines. Ceci ne prouve pas toutefois qu'elle est responsable, du moins exclusivement, de ce syndrome.

Cependant, lorsque aucune autre cause ne peut être relevée et même si la clinique ne permet pas de déceler un trouble très net dans le fonctionnement du foie, il est bien naturel d'essayer une cure prolongée de désintoxication hygiéno-diététique et de stimulation de cet organe. Que son action soit spécifique ou non, elle n'est pas niable dans bien des cas.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Traitement de la migraine par les méthodes de modification humorale.

Par MM. Pasteur Vallery-Radot, J. Haguenau et Jean Hamburger.

Les rapporteurs montrent que les accès de migraine sont favorisés par certaines modifications humorales qui caractérisent le *terrain migraineux*. Ces modifications nous restent encore à peu près inconnues : il ne s'agit, dans la majorité des cas, ni d'un état de sensibilisation anaphylactique, ni même d'une maladie colloïdoclasique. Cependant, malgré notre ignorance à ce sujet, nous ne sommes pas absolument désarmés contre l'état migraineux. Certaines médications, à vrai dire empiriques, semblent capables de prévenir le retour des crises.

Les auteurs étudient successivement ces diverses médications : la peptone *per os*, à la dose de 0^{gr},50 une heure avant chaque repas, l'auto-hémothérapie, les injections de lait, de virus-vaccin antirabique, d'hyposulfite de soude ou de magnésie, les injections intraveineuses de carbonate de soude, de sels de calcium, de sulfate de magnésie, etc.

Les *indications* de ces méthodes s'étendent à toutes les migraines d'origine indéterminée. Toutefois, ce mode de traitement est particulièrement de mise dans les migraines associées à l'urticaire, l'asthme, ainsi que les migraines qui paraissent en rapport avec une hypersensibilité spécifique à certains aliments.

Le *mode d'action* de ces méthodes est encore obscur. La peptone agit peut-être par une simple action digestive. Ce n'est que dans un très petit nombre de cas que l'on peut parler de migraines allergiques et de thérapeutiques désensibilisantes.

Jean Lereboullet.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 novembre 1936.

M. HARTMANN préside. M. ACHARD, secrétaire général, revenu de son long voyage d'inspection sanitaire en A. O. F., assiste à la séance.

Notices nécrologiques. — M SOUQUES donne lecture d'une émouvante notice sur Jean CHARCOT. M. GUÉRIN rappelle le souvenir de M. HENDRYCKX (de Bruxelles), correspondant étranger, récemment décédé.

Trois nouveaux composés protéido-métalliques : les globinates de fer, de cuivre et de manganèse. La thérapeutique équilibrée et totale de l'anémie secondaire. Valeur comparée du foie de veau cru. — MM. G. FONTÈS et L. THIVOLLE. Pour que l'élaboration de la molécule d'hémoglobine puisse s'effectuer, chez l'anémique secondaire à réserves hématopoïétiques épuisées, de manière coordonnée, il est indispensable que le sujet trouve dans son alimentation tous les matériaux de cette molécule. Les recherches précédentes des auteurs ont démontré qu'il existe quatre facteurs essentiels de l'hématopoïèse : fer, cuivre, trypophane et histidine. Mais jusqu'à maintenant, la reconstruction de la molécule de globine avait été laissée au hasard du ravitaillement azoté alimentaire.

Le meilleur précurseur de la globine ne pouvant être que cette histone elle-même, les auteurs l'ont ajoutée à la ration de base de chiens anémiés par hémorragies successives jusqu'au point de ne plus présenter de régénération sanguine spontanée. A cette globine, ils ajoutent ses combinaisons métalliques : globinates de fer, de cuivre et de manganèse et aussi du tryptophane et de l'histidine, le tout en proportions équilibrées par le calcul. C'est la thérapeutique dite équilibrée et totale.

En cinq semaines de traitement, les chiens passent de 12^{kg},200, 5 335 000 hématies et 58^{gr},35 d'Hb totale à 15^{kg},200, 11 475 000 hématies et 168^{gr},45 d'Hb totale.

Les animaux sont ensuite anémiés une seconde fois et traités par 600 grammes de foie de veau cru par jour, pendant cinq semaines. Ils passent alors de 13^{kg},700, 5 425 000 hématies et 62^{gr},10 d'Hb à 12^{gk},700, 7 460 000 hématies et 152^{gr},7 d'Hb.

Anémiés une troisième fois, ils sont traités à nouveau par les globinates et passent, toujours en cinq semaines, de 11^{kg},985, 4 220 000 hématies et 50^{gr},05 d'Hb à 15^{kg},400, 9 955 000 hématies et 17^{gr},795 d'Hb.

Il est donc hors de conteste que le foie n'a pas la même valeur antianémique que la thérapeutique aux globinates.

Dans des cas divers d'anémie humaine, des résultats très rapides et très démonstratifs ont été obtenus.

MM. PAULIAN et BISTRICEANO étudient les variations du *p*H sanguin chez l'homme, sous l'action des irradiations à ondes courtes.

Enfin, M. PRUDENTE apporte cinq observations relatives à la désarticulation interscapulo-thoracique dans des cas de récidive de cancer du sein avec métastases axillaires inopérables par accès direct.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 5 novembre 1936.

Anémie gravissime aiguë fébrile par paludisme primaire. Difficulté du diagnostic hématologique. — MM. L. RAMOND, P. CHEVALLIER et B. HAHN rapportent une observation d'anémie aiguë fébrile absolument typique, dans laquelle, après une amélioration transitoire, survint une rechute. On constata alors dans le sang de nombreux *Plasmodium malariæ* et un traitement quinique permit une guérison rapide. Les auteurs insistent sur la présence transitoire du plasmodium dans le sang, rendant le diagnostic extrêmement difficile.

Inoculation tuberculeuse cutanée suivie d'actinopathie suppurée non chronique, puis de pleurésie sérofibrineuse chez un jeune homme atteint d'hypohémophilie. — MM. PAUL CHEVALLIER et COLIN rapportent deux cas d'inoculation cutanée tuberculeuse. Dans le premier, il s'agissait d'inoculation brachiale avec adénopathie riche en bacilles de Koch. Dans le second cas, il s'agissait d'une jeune femme présentant une inoculation génitale avec grosse adénopathie simulant la maladie de Nicolas Favre ; le conjoint présentait une vésiculite tuberculeuse riche en bacilles de Koch. M. DEBRÉ souligne l'analogie de ces faits avec ce qu'on observe chez le jeune enfant : il y a un contraste entre la bénignité de ces cas et la gravité habituelle des lésions tuberculeuses chez l'enfant.

M. RIST rappelle qu'au contraire, malgré leur mauvaise réputation, les lésions conjonctivales évoluent habituellement vers la guérison.

Guérison d'un cas de pouls lent permanent. — M. ED. DOUMER (Lille) apporte l'observation d'un homme de soixante ans chez qui s'installa une bradycardie par dissociation auriculo-ventriculaire typique à la suite d'une crise angineuse. La bradycardie persista plus de deux mois, puis disparut, et la restauration des liaisons auriculaires normales avec un rythme aux environs de 80 persiste depuis plus de quinze mois. Toutefois les déformations du complexe ventriculaire indiquent la persistance d'un bloc de branches.

A propos de l'action des diurétiques mercuriels. — MM. JACQUES DECOURT et L. FISCHER soulignent l'existence de facteurs extra-rénaux dans le mécanisme d'action des diurétiques mercuriels.

Une preuve indirecte en est fournie par la grande variabilité de l'effet diurétique selon les sujets auxquels on s'adresse, alors même que leurs reins sont sains et, par conséquent, de valeur fonctionnelle égale.

D'une façon plus directe, l'action tissulaire peut être mise en évidence par l'étude systématique des variations de l'hydrémie et de la chlorémie globulaire et plasmatique après l'injection d'un diurétique mercuriel.

Œdème généralisé chez un brûlé. Contribution à la pathogénie des œdèmes. — MM. CLAVELIN et HUGONOT relatent l'observation d'un malade qui, à la suite de brûlures étendues et profondes, évoluant sans tendance à la cicatrisation, avec un suintement purulent très abondant, présenta une infiltration œdémateuse généralisée. Il ne fut jamais constaté d'albuminurie ; la chlorémie fut constamment normale, mais le sujet présentait des troubles profonds de l'équilibre protéidique du sérum : hypoprotéidémie et inversion du quotient $\frac{S.}{G}$

Ce trouble humoral, cause déterminante de l'œdème, paraît avoir été la conséquence du suintement purulent abondant et prolongé des plaies de brûlure.

Mme BERTRAND FONTAINE a rencontré les mêmes

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

troubles de l'équilibre protéique dans les suppurations prolongées qui ne s'accompagnent pourtant d'œdèmes que de façon exceptionnelle ; les troubles humoraux ne lui semblent pas expliquer les œdèmes.

Un cas de lymphogranulomatose maligne à début aigu et à forme anémique, avec syndrome de Mikulicz. — MM. GEORGES MARCHAL, P. SOULIÉ, A. ROY et J. PORGE rapportent un cas de maladie de Hodgkin, dont le début aigu, avec une fièvre élevée, un syndrome de Mikulicz, de petites hémorragies et une proportion exceptionnelle de cellules souches (10 p. 100), a simulé une leucémie lymphoïde aiguë, avant que la biopsie n'ait apporté la signature de la lymphogranulomatose maligne.

Une anémie modérée rendait délicat l'emploi de la téléroentgenthérapie totale. Pourtant une première série d'irradiations généralisées, aux doses minimes de 6 R, a effacé complètement le syndrome de Mikulicz, a réparé l'anémie, fait disparaître les cellules souches et a freiné l'évolution aiguë de la maladie. L'évolution totale en a été de seize mois.

Les auteurs étudient l'anémie hodgkinienne, qui s'intrique avec l'anémie post-radiothérapique dans les cas longuement traités. Les examens histologiques, dans l'observation actuelle, ne décèlent pas de lésions destructrices de la moelle osseuse, mais ils montrent des aspects d'hématophagie dans la rate et les ganglions. Ainsi la formation de cellules de Sternberg n'accapare pas toute l'activité pathologique du système réticulo-endothélial, dans les formes anémiques de la lympho-granulomatose maligne : l'aptitude macrophagique s'y développe et représente le mécanisme principal de l'anémie hodgkinienne. Enfin les auteurs ont observé des décharges considérables de monocytes (jusqu'à 79 p. 100) et insistent sur l'extrême instabilité des formules sanguines.

Les hémoptysies foudroyantes. — M. EVEN distingue ces hémoptysies des hémoptysies abondantes ; il souligne le rôle des lésions pulmonaires œdémateuses dans le mécanisme de la mort.

La forme pleurale de la granulie. — M. EVEN souligne l'apparition chez les adolescents, son début insidieux et son état général grave.

JEAN LEREBOULLET.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 28 octobre 1936.

Appendicectomie à chaud. — M. CADENAT apporte une statistique montrant les avantages immenses de l'opération à chaud, en dehors des cas qui ne sont vus qu'au stade de plastron.

M. PIERRE DUVAL reste opérateur jusqu'à la trente-sixième heure.

Tumeur cæco-colique. — M. OKINCZYC rapporte une observation de M. HOEFFEL (Remiremont) concernant un cas curieux d'association cancer-tuberculose au niveau du cæcum. Il rappelle qu'une telle association rarissime ne se rencontre précisément qu'au niveau du cæcum.

Occlusion post-opératoire. — M. HUET analyse une observation de M. MARIAU (Nice) et de M. BOMPART. Ces faits concernent, dans un cas, une occlusion par appendice, les autres des occlusions post-opératoires ; il est à remarquer que dans tous les cas où l'on a recherché la cause et fait une entéro-anastomose, les malades ont guéri ; au contraire, tous les cas d'iléostomie simple se sont terminés par la mort, sauf un.

Cancer du poumon opéré et guéri. — M. R. MONOD communique cette splendide observation. Il s'agit d'un cancer du lobe inférieur du poumon gauche, d'abord pris pour un kyste hydatique ; une biopsie montre qu'il s'agit, en réalité, d'un épithélioma spino-cellulaire du type col utérin, vraisemblablement d'origine bronchiolaire.

La première intervention fut interrompue par une syncope ; huit jours plus tard, on finit de libérer la tumeur et l'on met en place le tourniquet, puis dans les jours qui suivent, surviennent des incidents d'ordre circulatoire dont l'éphédrine et une transfusion viennent finalement à bout. On peut enfin, quinze jours plus tard, terminer l'intervention. La malade va actuellement bien (4 mois) et les fistules bronchiques sont complètement taries.

Urétéro-pyélographie rétrograde. — M. CHEVASSU montre, à l'aide de très belles et nombreuses radiographies, les enseignements que l'on peut tirer de cette méthode d'exploration. Il étudie spécialement les fistules urétérales et les compressions pelviennes de l'uretère. Il termine en montrant les modifications des uretères au cours de la grossesse normale et pathologique.

Métrorragies séniles par tumeurs ovariennes. — M. MOULONGUET et M. LEVEUF montrent le rôle des tumeurs ovariennes dans certaines hémorragies séniles et qu'elles s'accompagnent souvent de retentissement mammaire et d'hyperplasie muqueuse, par une sorte de réactivation génitale.

M. BROCQ estime qu'il faut distinguer, à côté des hémorragies vraies, les véritables retours de règles vraisemblablement dus aux folliculomes.

Séance du 4 novembre 1936.

Hétérotopie osseuse appendiculaire. — M. MOUCHET rapporte une observation de MM. DUPAS, PIROT et LOYER concernant une appendicite rétro-cæcale avec ossification véritable à sa base.

Torsion de l'hydatide de Morgagni. — M. MOUCHET rapporte cette observation de M. SALMON. L'auteur croit pouvoir opposer le syndrome aigu habituel chez la femme adulte au syndrome subaigu qui serait plus fréquent chez la fillette.

Kystes lutéiniques de l'ovaire. — M. MOULONGUET analyse un travail de M. PORTES, étudiant les divers types de kystes de l'ovaire : les uns contenant de la folliculine, il s'agit de savoir si les kystes dits lutéiniques contiennent ou non de la progestine, mais ce dernier corps est difficile à identifier ; il cite une observation personnelle où la réaction de Brouha sur la lapine avait semblé confirmer un diagnostic clinique de grossesse ectopique. Il faudrait donc faire dans tous les cas douteux une recherche quantitative de la folliculine suivant les conseils de Brindeau.

M. MÉNÉGAUX demande si la réaction a été faite sur le souriceau mâle.

M. MOULONGUET a connaissance d'une observation de M. HENRI REDON où la réaction fut positive sur le souriceau dans un cas de kyste ovarien.

A propos de l'évipan sodique. — M. BROCQ communique

une observation de MM. PERVÈS et BADELON qui, dans un cas d'ulcus perforé, ont eu une mort par anurie après anesthésie à l'évipan. Ils ont, par la suite, étudié de très près 44 malades et ont constaté 14 anuries transitoires et plusieurs cas d'albuminurie, et ceci à l'encontre des résultats expérimentaux : il est difficile de conclure de l'animal à l'homme, surtout en ce qui concerne les toxiques.

MM. MONOD et FREDET font observer qu'effectivement, les expérimentateurs n'ont jamais observé de lésions rénales.

Infarctus post-opératoire du grêle. — M. SCHWARTZ, à la suite d'une opération d'appendicite particulièrement pénible, assiste à une entérorragie importante accompagnée d'une altération grave de l'état général : il croit pouvoir conclure à une invagination, d'autant qu'une injection d'adrénaline amène une véritable résurrection de l'enfant.

M. MONDOR estime qu'il est difficile de porter le diagnostic d'infarctus en l'absence de la douleur cataclysmique qui semble le propre de cette affection.

M. PIERRE DUVAL a observé plusieurs cas d'hémorragies post-opératoires.

M. GATELLIER a vu, lui, un infarctus massif sans entérorragie, mais avec une douleur intense.

HENRI REDON.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 octobre 1936.

B. prodigiosus pathogène, endotoxine et réaction de Schwartzmann. — Mmes M. AITOFF, M. DION et H. DOBKEVITCH ont isolé, à partir des crachats d'un malade atteint de pneumonie, une culture pure de *B. prodigiosus* pathogène pour la souris, le rat, le cobaye et le lapin.

A l'autopsie des animaux, on constate une septicémie à *B. prodigiosus*, la rate et le sang contenant des microbes. La pigmentation rouge-orange des cultures apparaît d'emblée et s'intensifie au bout de quelques jours. Les auteurs ont pu obtenir une réaction d'hypersensibilité hémorragique, la réaction de Schwartzmann, aussi bien avec le lysat qu'avec la toxine microbienne. Cette réaction, très intense, apparaît dès les premières heures après l'injection déchaînante.

Nodules rabiques et réseau neuro-fibrillaire des neurones. — M. Y. MANOUÉLIAN rappelle que, au cours de la rage, un grand nombre de cellules nerveuses des ganglions cérébro-spinaux sont envahies, détruites et remplacées par des cellules néoformées dont l'ensemble constitue le nodule rabique. Il montre que le réseau neuro-fibrillaire des cellules nerveuses persiste même au niveau des nodules rabiques. Bien que modifié, à fibrilles moins fines, ce réseau est parfaitement décelable à l'imprégnation argentique.

Recherches sur l'existence d'une tuberculose congénitale expérimentale chez le cobaye. — M. L.-P.-H.-J. DE VINK ne trouve aucun cas d'infection tuberculeuse congénitale parmi 87 petits cobayes, nés de mères tuberculeuses, malgré la présence dûment constatée de bacilles tuberculeux virulents dans 7 placentas. Chez un grand nombre de ces petits, toutefois, l'examen histologique montre des foyers pulmonaires, contenant des cellules géantes d'un type spécial. L'auteur a réussi à isoler un bacille tuberculeux à caractères aviaires d'un cobaye, inoculé avec un fragment de placenta provenant d'un cobaye tuberculisé avec un bacille du type humain.

Variations quantitatives des rickettsies du typhus exanthématique du cobaye aux lieux d'inoculation. Influence des hormones. — M. PAUL GIROUD étudie les variations quantitatives considérables des rickettsies du typhus exanthématique suivant les lieux et les modes d'inoculation du virus ; il signale le rôle très important des hormones.

Recherches sur les groupes sanguins en Guinée française. — M. JEAN SCHUNCK DE GOLDFIEM, dans une note présentée par M. R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE, donne les résultats des recherches qu'il a effectuées en appliquant la méthode de Beth-Vincent à 1 000 individus (500 de sexe masculin, 500 de sexe féminin), de chaque race d'habitants de la Guinée française. Il a obtenu les coefficients globaux suivants : A = 1 p. 100 ; B = 9 p. 100 ; AB = 89 p. 100 ; O = 1 p. 100 ; I = 0,91, 2 albinos de groupe A. Ecart de 2 p. 100 de B en faveur des hommes. L'auteur joint à ces documents des indices anthropométriques qui rapprochent les Soussoués des Mongols, des Esquimaux et de l'Homme de Chancelade.

Méthode nouvelle de culture des microbes aérobies et anaérobies stricts provenant du sang. — M. F. PATOCKA, dans une note présentée par M. R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE, présente les avantages de sa nouvelle technique : avant tout, possibilité d'envoyer le sang à des distances éloignées ; garantie sérieuse de stérilité du matériel prélevé ; élimination en grande partie des influences néfastes des anticorps. Le pouvoir réducteur des morceaux de foie joints au glucose dans le bouillon, favorise, sans autre procédé, la croissance des microbes, même les plus strictement anaérobies. L'hémoculture avec les matières extraites des morceaux de foie, avec le glucose et les phosphates, offre un milieu de culture si nutritif que l'auteur a pu y cultiver sans difficulté et sans addition de sérum des microbes très exigeants, comme le gonocoque.

Séance du 24 octobre 1936.

Variations de l'hydrémie et de la chlorémie globulaires et plasmatiques après injection d'un diurétique mercuriel. — MM. JACQUES DECOURT, CH.-O. GUILLAUMIN et SAPIN ont suivi d'heure en heure les variations de l'hydrémie et de la chlorémie après l'injection intramusculaire d'un diurétique mercuriel. Ces variations sont beaucoup plus nettes dans les globules que dans le plasma. Elles sont un peu différentes selon qu'il s'agit ou non d'un sujet œdémateux, et selon l'importance de la diurèse obtenue.

Chez les sujets non œdémateux, dont la diurèse est à peine influencée par le composé mercuriel, on note une première phase pendant laquelle la chlorémie et l'hydrémie s'élèvent, puis une seconde phase où elles s'abaissent.

Chez les sujets œdémateux qui font une grosse décharge polyurique, on retrouve les deux phases d'élévation, puis d'abaissement de la chlorémie ; mais les variations de l'hydrémie ne sont plus parallèles. Dès la fin de la première heure, les globules sanguins subissent une déshydratation intense, qui n'apparaît pas nécessairement au niveau du plasma.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Hyposensibilité à la morphine du centre thermo-régulateur chez le lapin accoutumé. — M. R. Cahen signale que, chez le lapin soumis à des injections répétées de morphine, l'effet hypothermisant de cet alcaloïde sur l'animal (dont la température est normale ou élevée expérimentalement), s'atténue peu à peu. Il s'établit donc, contrairement à l'opinion de Girndt et Lipschitz, une accoutumance du centre thermo-régulateur à l'action dépressive que la morphine exerce sur ce centre.

Production de polynévrite expérimentale chez le pigeon, par simple adjonction d'urée à sa ration. — M. Raoul Lecoq, montre que l'urée, introduite a dose suffisamment élevée dans le régime du pigeon, entraîne, de même que les autres produits de la désintégration de la fraction organique des aliments (acide lactique, acide gras, acide oxalique et acide urique), l'apparition de crises polynévritiques, celles-ci aboutissant dans le cas particulier très vite au coma. L'addition de fortes doses de vitamines B à la ration retarde manifestement l'apparition des crises polynévritiques. Ces faits conduisent à penser que l'ingestion d'urée à dose élevée se comporte comme un facteur de déséquilibre alimentaire.

Les variations de l'excitabilité des fibres sympathiques pré-ganglionnaires et post-ganglionnaires, sous l'effet des agents sympatholytiques. — MM. A. et B. Chauchard et Paul Chauchard concluent que le propre de l'activité sympatholytique ne réside pas seulement dans un effet périphérique, mais aussi dans une action sur l'excitabilité des nerfs eux-mêmes, action portant de façon plus élective sur les fibres pré-ganglionnaires sympathiques, d'où résulte, comme dans le cas de la nicotine, un arrêt de la conduction, sans qu'il soit besoin d'envisager comme on le fait classiquement un empoisonnement du ganglion.

L'action des ultra-pressions sur deux tumeurs du lapin : le papillome de Lhope et le carcinome de Brown-Pearce. — MM. E. Wollman, M. Macheboeuf, M. Bardach et J. Basset. — Les tumeurs de greffe résistent à 1 000 atmosphères et sont détruites à 1 800 atmosphères. Les auteurs soulignent l'intérêt de cette constatation.

Variations leucocytaires observées après ingestion de glucides et de lipides, générateurs de déséquilibre alimentaire. — M. Raoul Lecoq montre que les variations du taux des leucocytes du sang déterminées chez l'homme sain et à jeun, après ingestion de divers glucides et divers lipides, ne paraissent pas particulièrement influencées par les substances génératrices de déséquilibre alimentaire.

F.-P. Merklen.

NOUVELLES

Les médecins de Toulouse à Paris. — Le jeudi 29 octobre dernier a eu lieu la réunion de rentrée de la Société amicale des médecins de Toulouse à Paris. Étaient présents : les Drs Astier, Esclavissat, Bourguet, Bory, Privat, Faulong, Taillhefer, Molinéry, Lévy-Lebhar, Groc, Mirabail, Massip, Doazan, Constantin, Azéma, Montagne, Fourès, Quériaud, Jausion, Pelons, Cambies, Roule, Armengaud, Caraven, Mont-Refet, Delater, Duraud, Bouzat.

S'étaient excusés les Drs Dartigues, de Parrel, Cany Pouy, Estrabaut, Aubertot, Reygasse, Dupau, Delherm, Busquet, Junquet, Prost.

A l'heure des toats prirent successivement la parole : le Dr Groc, secrétaire général ; le Dr Faulong, qui proposa, à l'occasion de la Fête des Morts, de déposer, en pieux et amical souvenir, une gerbe de fleurs sur la tombe du Dr Terson qui fut un des présidents de la Société et l'un de ses membres les plus actifs et les plus unanimement estimés et aimés ; toute l'assemblée ratifia la proposition du Dr Faulong. Le Dr Molinéry présenta ensuite, avec un sens critique avisé et une pertinence aiguë, les dernières manifestations intellectuelles de la Société : un ouvrage de dermatologie du Dr Bory, *La véritable chirurgie esthétique du visage* du Dr Bourguet, et *Moyennes* du Dr Groc. Puis, comme l'on était du pays de Clémence Isaure et des Jeux Floraux, trois poètes-médecins dirent tour à tour des vers allant du sentimental au badin et qui obtinrent un vif succès. Enfin, le professeur Roule, dans un discours étincelant de verve et de jeunesse, évoqua Toulouse et ses débuts dans la carrière d'enseignement qui compte aujourd'hui cinquante années. Et l'on se sépara très tard sous le signe de l'amitié, heureux de cette bonne soirée d'intimité. La prochaine réunion aura lieu au début de janvier prochain.

Clinique médicale de l'Hotel-Dieu. (Professeur : M. Paul Carnot). — Tous les matins, de 9 h. 30 à midi.

Programme général de l'enseignement. — I. *Leçons cliniques*. les mardi et samedi, à 10 h. 30 (amphithéâtre Trousseau).

Samedi : Leçon clinique par le professeur Carnot (première leçon le samedi 14 novembre). — 1er et 3e *samedis* : Leçons de clinique générale. — 2e et 4e *samedis* : Leçons de gastro-entéro-hépatologie.

Mardi : Présentations de malades du service et de la policlinique par les chefs de clinique et les anciens chefs de clinique.

II. *Enseignement de médecine générale* (stagiaires de 1re, 2e et 3e années). — *a*. Leçons de sémiologie par les chefs de clinique et les internes : lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 30 (amphithéâtre Trousseau).

b. Examen des malades ; lecture des observations : Dr Henri Bénard, agrégé, médecin de l'Hôtel-Dieu ; Drs Courtial et Fiehrer, chefs de clinique ; Drs Libert et Coury (salles Saint-Christophe et Sainte-Jeanne, petit Saint-Christophe et petit Saint-Charles).

III. *Enseignement de gastro-entéro-hépatologie* (étudiants en fin d'études et docteurs). — *a*. Examen des malades et explorations digestives : Dr Caroli, médecin des hôpitaux ; Drs Lafitte et Fabre, chefs de clinique (salles Saint-Charles et Sainte-Madeleine). Examen commenté des anciens et des nouveaux malades (tube digestif, foie, pancréas), par le Dr Caroli, le jeudi à 10 h. 30, salon Sainte-Madeleine.

b. Policlinique digestive (salles de consultations Sainte-Madeleine), tous les jours, à 9 h. 30. Estomac et intestin (Drs Bouttier et Stieffel) : lundi, mercredi, vendredi. — Rectum et anus (Dr Friedel) : mardi, jeudi, samedi. — Œsophage (Dr Dufourmentel) : samedi, à 11 h. 30,

NOUVELLES (*Suite*)

c. Examens de radioscopie digestive : Drs Lagarenne et Dioclès, chefs des laboratoires de radiologie : lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures.

IV. *Enseignement de physiothérapie* (Policlinique Gilbert). — Consultations physiothérapiques et applications de traitements, tous les jours, de 9 heures à midi : Dr Dausset, chef du service ; Drs Chenilleau et Ferrier chefs adjoints ; Dr Cachera, médecin des hôpitaux, chef du laboratoire.

V. *Réunions du dimanche* (amphithéâtre Trousseau) (pour les médecins et praticiens). — *a*. Du Jour de l'an à Pâques : Tous les dimanches, à 10 h. 30, leçons sur les problèmes d'actualité (affiche spéciale).

b. Tous les deux mois : Les premiers dimanches de novembre, janvier, mars, mai, juillet, de 9 heures à midi : Assemblée française de médecine générale ; discussion d'une question clinique par les délégués des Assises régionales.

VI. *Cours de perfectionnement*. — Vacances de Pâques : Cours pratique de physiothérapie (un mois). Début : lundi de Quasimodo (affiche spéciale).

Grandes vacances (octobre) : Quinzaine de revision pratique de gastro-entéro-hépatologie ; présentations de malades ; techniques cliniques, radiologiques et de laboratoire. Début : premier lundi d'octobre (affiche spéciale).

VII. *Laboratoires de la Clinique* (Laboratoires Dieulafoy). — Ouverts aux travailleurs en vue de travaux originaux ou de thèses, sous la direction du professeur Carnot et du Dr H. Béuard, agrégé. Chefs de laboratoire : Analyses biologiques, M. Deval ; Bio-physique, Dr Dognon, agrégé ; Bio-chimie, M. Coquoin ; Anatomie pathologique, Dr Maguerite Tissier ; Bactériologie, M. Henri Lavergne ; Biologie cellulaire, M. Raoul May, docteur ès sciences.

Pathologie et thérapeutique générales. — Professeur : M. A. BAUDOUIN.

M. le professeur Baudouin commencera son cours le lundi 16 novembre, à 18 heures (petit amphithéâtre, de la Faculté), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

OBJET DU COURS. — 1° Éléments de pathologie générale infectieuse : infection, réactions de l'organisme, immunité anaphylaxie, allergie.

2° Les viciations pathologiques des principaux équilibres métaboliques : métabolisme basal, équilibre acidobasique, métabolisme des graisses, des sucres, de l'azote.

Embryologie. — M. GIROUD, agrégé, a commencé une série de leçons d'embryologie, le mardi 3 novembre 1936, à 17 heures (grand Amphithéâtre de l'École pratique), et les continue les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure, jusqu'à l'achèvement du programme.

Clinique oto-rhino-laryngologique de l'hopital Lariboisière. — Professeur : M. FERNAND LEMAITRE.

M. le professeur Fernand Lemaître a commencé son cours le mardi 3 novembre 1936, à 10 heures, dans le service de la clinique, à l'hôpital Lariboisière, et continue ses leçons tous les mardis à la même heure, suivant le programme annexé à cette affiche.

Cours libre sur l'assistance médico-chirurgicale. — M. le Dr P.-F. ARMAND-DELILLE a commencé le mercredi 4 novembre 1936, à 6 heures du soir, à la Sorbonne (amphithéâtre Michelet), et continue les mercredis suivants, à la même heure, une série de conférences sur l'assistance médico-sociale et l'organisation du service social.

PROGRAMME DU COURS. — L'assistance sociale. Son origine, son but. — Importance de l'organisation systématique du service social dans les collectivités contemporaines. Nécessité d'une préparation spécialisée pour ceux qui veulent s'y consacrer. — Importance des enquêtes. Leur technique. — Les grands problèmes médico-sociaux. — Assistance aux tuberculeux adultes et enfants. — Préservation de l'enfance contre la tuberculose. — Assistance médico-sociale dans la lutte contre la syphilis, le cancer, l'alcoolisme. — Assistance prénatale et protection de la premièse enfance. — Assistance à l'enfance et à l'adolescence, aux arriérés, anormaux, délinquants. — Service social dans les hôpitaux. — Assistance aux familles nombreuses : Amélioration du logement et des conditions de vie. — Assistance dans les milieux industriels et dans les grandes agglomérations urbaines. — Habitations à bon marché et Service social. — Les centres sociaux. — Service médico-social dans les communes rurales. — Rôle du Service social dans l'orientation professionnelle. — Spécialisation dans le Service social : infirmières visiteuses pour la tuberculose, pour la lutte contre la syphilis, pour l'hygiène infantile. — Assistantes sociales des hôpitaux. Assistantes sociales pour les tribunaux d'enfants. — Surintendantes d'usines, directrices de Foyers sociaux, ingénieurs sociaux. — Développement du Service social, son rôle dans la formation et l'éducation de la conscience collective. — Organisation de l'enseignement et préparation au Service social, aptitudes et qualités nécessaires aux travailleuses sociales. — Les écoles de Service social. — La préparation au diplôme de Service social. — Résultats obtenus par le développement du Service social en France et à l'étranger.

Conférences d'anatomie descriptive. — M. le professeur E. OLIVIER a commencé ces conférences le jeudi 5 novembre 1936, à 18 heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et les continue les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

SUJET DES CONFÉRENCES. — Anatomie de la tête, du cou et du thorax.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine. — Professeur : M. RAYMOND GRÉGOIRE.

M. le professeur Grégoire a commencé ses leçons cliniques le jeudi 5 novembre 1936, à l'hôpital Saint-Antoine, à 11 heures.

PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT. — *Lundi*, 9 h. 30 : Leçon clinique au lit du malade.

Mardi, 11 heures : Leçon clinique à l'amphithéâtre.

Mercredi, 9 h. 30 : Démonstrations opératoires.

Jeudi, 9 h. 30 : Leçon clinique au lit du malade.

Vendredi, 9 h. 30 : Démonstrations opératoires.

Samedi, 9 h. 30 : Examens de laboratoire. — Sémiologie des maladies de l'appareil urinaire.

Cours de pathologie chirurgicale. — M. SÉNÈQUE, agrégé, a commencé le cours de pathologie chirurgicale le vendredi 6 novembre 1936, à 17 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continue les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure

NOUVELLES *(Suite)*

PROGRAMME : Membre supérieur.

Pathologie chirurgicale. — Professeur : M. ABRAMI.

M. Cathala, agrégé, a commencé ses leçons le mardi 10 novembre, à 18 heures, à l'amphithéâtre Vulpian, et les continue les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

SUJET DU COURS : Pathologie du foie.

Ecole d'anthropologie (15, rue de l'École-de-Médecine, 3e étage). — Le Dr BRIAND, médecin de la Maison maternelle nationale, professeur, a commencé son cours sur l'Hérédité et la génétique le mardi 10 novembre et le continue tous les mardis à la même heure.

SUJET DU COURS. — 1° Evolution de la notion d'hérédité (historique, éléments de génétique, découvertes récentes). — 2° Répercussions sociales des conceptions modernes.

Cours de clinique chirurgicale (Hôtel-Dieu). — Professeur : M. BERNARD CUNÉO.

M. le professeur Bernard Cunéo a commencé son cours de clinique chirurgicale le mardi 20 novembre, à 10 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Mardi, à 10 heures : Examens cliniques et présentation de malades, à l'amphithéâtre, par le professeur.

Samedi, à 10 heures : Leçon clinique à l'amphithéâtre, par le professeur.

Opérations, 9 h. 30 : Lundi (côté ouest) et vendredi (côté est), par M. Cunéo ; mardi et jeudi (côté est), par M. Bloch ; mercredi et vendredi (côté ouest), par M. Sénèque.

Jusqu'au jeudi 20 décembre, tous les matins, à 10 heures : Cours de séméiologie élémentaire et de petite chirurgie, par MM. Bloch, Sénèque et Sicard, chirurgiens des hôpitaux ; Zagdoun, Milhiet, Jomain et Beuzart, chefs de clinique ; Tailhefer, Cahen et Maison, anciens chefs de clinique à la Faculté, et par M. Feyel, chef du laboratoire.

Consultations, pour les malades justiciables d'un traitement par les rayons X ou le radium, mardi et vendredi matin à 9 heures. Opérations, jeudi matin, à 8 heures (côté ouest), par M. le Dr Tailhefer.

Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine. — Professeur : M. Maurice LOEPER. Assistant : M. André Lemaire, agrégé, médecin des hôpitaux.

Le professeur Maurice Loeper a commencé son enseignement clinique le jeudi 12 novembre 1936, à 11 heures, l'amphithéâtre Hayem, avec le concours de MM. Perrault, Cottet, Gilbrin, Loisel et Roy, chefs de clinique ; M. Duchon, chef du laboratoire de bactériologie ; M. Lesure, chef du laboratoire de chimie générale ; M. Parrod, chef du laboratoire de chimie physique ; M. Soulié, chef du laboratoire d'histologie ; des médecins de l'hôpital Saint-Antoine ; de MM. Bariéty, Mollaret, Turpin, agrégés, médecins des hôpitaux ; Henry, professeur à l'École d'Alfort ; Debray, Decourt, Degos, Faroy, Flandin, Garcin, Marchal, de Sèze, médecins des hôpitaux ; Bory, Merklen, Michaux, Ollivier, Riom, anciens chefs de clinique ; MM. Mahoudeau et Mongeot, anciens internes des hôpitaux ; et de M. Ordioni, radiologiste des hôpitaux pour la radiologie ; M. Lallemant, O. R. L. des hôpitaux, pour l'endoscopie ; Mme David, pour l'électrophonocardiographie.

I. ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT. — Tous les jours à 9 heures : Conférences aux stagiaires. A 10 heures : Visite dans les salles.

Jeudi à 11 heures : Leçon clinique à l'amphithéâtre par le professeur Loeper.

Mardi et samedi à 11 heures : Leçon clinique par les assistants du service.

Mercredi à 11 heures : Policlinique, professeur Loeper.

II. CONSULTATIONS SPÉCIALES. — Lundi à 10 heures : Maladies chroniques, nutrition et endocrinologie, Dr Michaux et Mlle Riom.

Mercredi à 10 heures : Maladies digestives, professeur Loeper et Dr Ollivier.

Vendredi à 10 heures : Dermatologie, professeur Henry et Dr Bory.

III. RADIOLOGIE ET ENDOSCOPIE. — Lundi, mercredi, vendredi à 10 heures : Dr Ordioni.

Jeudi à 10 heures : Dr Lallemant.

IV. EXERCICES DE LABORATOIRE. — Tous les jours, en fin de visite ou de consultation.

V. TRAVAUX DE MÉDECINE EXPÉRIMENTALE. — Sous la direction du Dr André Lemaire, agrégé, et de M. Fauvert.

Thèses de la Faculté de médecine de Paris. — 9 *Novembre*. — M. DE MONTIGNY, Le taux de la morbidité et de la mortalité infantile peut-il être abaissé dans les infections puerpérales. — Mlle CASALIS, De l'hypertrophie cardiaque pure chez le nourrisson.

10 *Novembre*. — M. GARCHAMI, Myome malin du col restant après l'hystérectomie subtotale. — M. MAUCLAIRE, Les dépressions cérébriformes endocraniennes de la voûte du crâne.

12 *Novembre*. — M. TCHEHRAZI, Pathologie et physiologie de l'image de soi.

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

14 NOVEMBRE. — *Paris*. Assistance publique. Clôture du registre d'inscription des candidats au prix de l'internat (médaille d'or), médecine, chirurgie, accouchement.

15 NOVEMBRE. — Préfecture du Gers. Date limite en vue de l'inscription au concours d'un inspecteur départemental d'hygiène du Gers.

16 NOVEMBRE. — *Alger*. Concours de chirurgien adjoint de l'hôpital de Mostaganem.

16 NOVEMBRE. — *Bordeaux*. Concours de chef de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Bordeaux.

16 NOVEMBRE. — *Paris*. École du Val-de-Grâce. Concours de professeurs agrégés de l'École d'application du Service de santé des troupes coloniales.

16 NOVEMBRE. — *Paris*. Hospice des Quinze-Vingts. Concours d'assistants de la clinique ophtalmologique.

17 NOVEMBRE. — *Toulon*. Ouverture d'un concours pour cinq places d'internes en médecine et en chirurgie.

17 NOVEMBRE. — *Paris*. Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine, 11 heures. M. le professeur GRÉGOIRE : Leçon clinique.

18 NOVEMBRE. — *Paris*. Clinique de la première enfance. Hospice des Enfants-Assistés, 10 h. 45. M. le professeur LEREBOULLET ; Leçon clinique.

18 NOVEMBRE. — *Paris*. Hôpital Broussais. Clinique propédeutique, 11 heures. M. le professeur SERGENT ; Leçon clinique.

NOUVELLES *(Suite)*

18 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Saint-Louis, 21 h. 30. M. le professeur GOUGEROT : Leçon clinique.

18 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Saint-Antoine. Clinique médicale, 11 heures. M. le professeur CLERC : Leçon clinique.

19 NOVEMBRE. — *Rouen.* Concours pour la nomination de deux chirurgiens adjoints des hôpitaux de Rouen.

19 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Broussais. Clinique cardiologique. M. le professeur LAUBRY : Leçon clinique.

19 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Cochin. Clinique chirurgicale, 10 heures. M. le professeur LENORMANT : Leçon clinique.

19 NOVEMBRE. — *Paris.* Hospice de la Salpêtrière. Clinique chirurgicale, 11 h. 15. M. le professeur GOSSET : Leçon clinique.

19 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Claude-Bernard. Clinique des maladies infectieuses, 11 heures. M. le professeur LEMIERRE : Leçon clinique.

19 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, 11 heures. M. le professeur LŒPER : Leçon clinique.

19 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital de la Pitié. Clinique thérapeutique médicale, 10 h. 30. M. le professeur RATHERY : Leçon clinique.

19 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital de la Pitié. Clinique obstétricale, 11 heures. M. le professeur JEANNIN : Leçon clinique.

19 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Necker. Clinique urologique, 10 heures. M. le professeur MARION : Leçon clinique.

19 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Lariboisière, 10 h. 30. M. le professeur LEMAITRE : Leçon clinique.

19 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Broussais. M. le professeur LAUBRY : Leçon inaugurale de la clinique cardiologique.

20 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôtel-Dieu. Clinique ophtalmologique, 10 h. 30. M. le professeur TERRIEN : Leçon clinique.

20 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique obstétricale Baudelocque, 11 heures. M. le professeur COUVELAIRE : Leçon clinique.

20 NOVEMBRE. — *Paris.* Hospice de la Salpêtrière. Clinique neurologique, 10 h. 30. M. le professeur GUILLAIN : Leçon clinique.

20 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Laennec. Clinique de la tuberculose, 11 heures. M. le professeur BEZANÇON : Leçon clinique.

21 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôtel-Dieu. Clinique médicale, 10 h. 30. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

21 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique obstétricale Tarnier, 10 h. 30. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

21 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôtel-Dieu. Clinique chirurgicale, 10 heures. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

21 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades. Clinique de médecine infantile, 9 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

21 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades. Clinique chirurgicale infantile, 10 h. 30. M. le professeur OMBRÉDANNE : Leçon clinique.

21 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Cochin. Clinique orthopédique, 10 heures. M. le professeur MATHIEU : Leçon clinique.

22 NOVEMBRE. — *Paris.* Asile Sainte-Anne. Clinique des maladies mentales, 10 h. 30. M. le professeur CLAUDE : Leçon clinique.

23 NOVEMBRE. — *Paris.* Ecole du Val-de-Grâce. Concours de médecin sous-lieutenant de l'armée active.

25 NOVEMBRE. — *Alger.* Concours de pharmacien de l'hôpital de Miliana.

25 NOVEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Clôture du registre d'inscription des candidats au concours de l'externat des hôpitaux de Paris.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

LE GUI ET L'APPAREIL CIRCULATOIRE

La pression artérielle est l'un des plus importants facteurs de l'état fonctionnel et du travail de l'appareil cardio-vasculaire. C'est aussi pour le médecin le témoin fidèle des modifications pathologiques de la circulation.

Le côté physique du phénomène est très simple ; le phénomène lui-même, ses éléments et leurs relations avec les fonctions du cœur et des vaisseaux sont beaucoup plus complexes et sont bien loin d'être complètement élucidés.

En effet, la pression artérielle est la résultante de la capacité du segment artériel des vaisseaux, du volume de la systole cardiaque, de la résistance périphérique déterminée par la quantité de sang écoulé pendant le temps de cette systole, de la vitesse d'écoulement du sang dans les vaisseaux grands et moyens, de la qualité de la paroi élastique des vaisseaux, enfin, de la viscosité du sang.

Dans l'hypertension, qu'elle soit permanente ou paroxystique, tous ces divers facteurs entrent en jeu et, suivant les malades, l'un ou plusieurs d'entre eux peuvent intervenir avec une intensité plus ou moins marquée, déterminant l'établissement d'un équilibre circulatoire pathologique plus ou moins durable accompagné de symptômes accessoires diversifiés.

Il n'y a donc pas une hypertension, mais des hypertendus, et c'est ce qu'a bien mis en lumière Mariano R. Castex dans son récent travail sur l' « hypertension artérielle paroxystique » (Doin, 1936) lorsqu'il passe en revue l'étio-

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE *(Suite)*

pathogénie de l'hypertension, cherchant à mettre en évidence les mécanismes pathogéniques et les causes de cet état circulatoire. Il démontre clairement que l'hypertension du saturnisme n'est pas provoquée et déterminée de la même manière que celle de l'aortite, celle de la sclérose rénale, ou celle de l'éclampsie ou même celle consécutive à une tumeur surrénale, et qu'en définitive, l'hypertension n'est que la réaction de l'appareil circulatoire s'accommodant d'un état pathologique constitué par des troubles de nutrition de provenance très diverse et le plus souvent sous l'influence de l'excitation du splanchnique.

Ces troubles de nutrition, qui sont à la base de l'hypertension, viennent d'être bien étudiés et synthétisés par Carrière et Huriez (*Le Sang des hypertendus*, Doin, 1936), qui arrivent à attribuer à cet état circulatoire un *substratum humoral propre*. Ils constatent que le sang des hypertendus est anormalement riche en ses principaux constituants, l'azotémie et la chlorémie étant peu augmentées, mais les lipides et les protides présentant un métabolisme profondément vicié, avec augmentation de la cholestérine pour les premiers, de la sérine pour les seconds.

Ces modifications chimiques conditionnent l'augmentation de la densité et de la viscosité sanguine et sérique. Comme dit le bon sens populaire, les hypertendus ont le « sang lourd ». Ces auteurs considèrent ces perturbations métaboliques et humorales comme liées à un dysfonctionnement de multiples parenchymes glandulaires, surtout endocriniens, sous la dépendance de troubles du sympathique hyperexcitable ou déséquilibré, qui est, en définitive le grand régulateur.

La thérapeutique rationnelle de l'hypertension doit donc s'attacher à modifier la cause par laquelle elle est déterminée et non le phénomène lui-même par excitation des vaso-dilatateurs actifs, forcément transitoire ; les nitrites minéraux et organiques avaient été employés à la suite des théories de Huchard sur la vaso-constriction périphérique toxique des artérioscléreux, mais ils sont actuellement abandonnés, sauf cas d'urgence immédiate.

Le gui, primitivement, avait été classé parmi les hypotenseurs par R. Gaultier, Huchard, Leclerc, Roch, en raison des résultats thérapeutiques obtenus à la suite surtout de l'emploi de la *guipsine*, mais si, contrairement aux autres médicaments de cette série, son emploi thérapeutique a persisté, c'est que l'étude approfondie de son action pharmacodynamique a montré que le mécanisme de son action était très différent et qu'il agissait surtout sur le système nerveux central et périphérique comme antispasmodique et comme sédatif du sympathique bulbo-médullaire (Chevalier, Busquet, Ebstein et Jarisch) et comme dépresseur du tonus des muscles à fibres lisses, des vaisseaux périphériques (Fubini et Antonini), pouvant ainsi déterminer une chute durable de la tension sanguine de 10 à 20 p. 100 (Fubini et Antonini, O.-K. Williamson, Mattei et Diaz Cavaroni).

D'autres auteurs, tels que Pic et Bonnamour, Berges, Poulson, le considèrent, en raison des résultats cliniques observés, surtout comme un modificateur des sécrétions, un diurétique azoturique et déchlorurant. Il est reconnu que lors de l'élimination des principes actifs du gui, ils agissent comme diurétiques et conditionnent son pouvoir antialbuminurique dans les néphrites et l'éclampsie.

C'est cet ensemble de propriétés pharmacodynamiques qui ont fait de la guipsine un des médicaments les plus employés dans le traitement de l'hypertension, quelles qu'en soient les causes déterminantes, car la chute de la pression sanguine et l'amélioration du travail du cœur ne sont que la conséquence de la sédation du sympathique central et périphérique, qui provoque, avec la diminution du tonus des muscles à fibres lisses des vaisseaux, la régularisation de la circulation périphérique, la cessation de la vaso-constriction, la régularisation des sécrétions et excrétions glandulaires et, par voie de conséquence, les modifications de la densité et de la viscosité du sang que l'on constate à la suite de son emploi méthodique.

Tous les divers facteurs pathologiques qui conditionnent l'établissement de la pression à un taux élevé sont modifiés par la guipsine ; que ce soit l'hypertension par artériosclérose avec néphrite albumineuse ou sclérose rénale, troubles vasculaires endocriniens par hyperexcitabilité du sympathique, comme dans la ménopause ou dans le diabète, les multiples symptômes présentés par les divers malades s'améliorent ou même disparaissent en même temps que la tension s'abaisse et que la nutrition générale se modifie.

La guipsine est surtout un *antispasmodique* réel, actif et sûr et, seulement par voie de conséquence, un *antihémorragique* et un *hypotenseur* vaso-dilatateur.

Dans la plupart des cas, pour obtenir un effet utile, rapide et certain, il faut prescrire six à dix pilules par jour ; faire prendre d'emblée une dose forte, une pilule toutes les heures ou deux heures, puis au bout de deux à trois jours, lorsque l'effet sera obtenu, diminuer la dose ; la pression se maintient avec quatre ou six pilules seulement. Il faut toujours prolonger la cure (huit à quinze jours par mois) pour déterminer une sédation durable de l'hyperexcitabilité nerveuse et une réduction durable des spasmes artériels ; il n'y a à redouter ni intolérance ni accumulation.

Le fractionnement des doses est indispensable pour obtenir le maximum d'effet, l'élimination s'effectuant rapidement.

L'injection des ampoules de guipsine doit se faire intramusculaire, elle doit être réservée aux cas d'urgence.

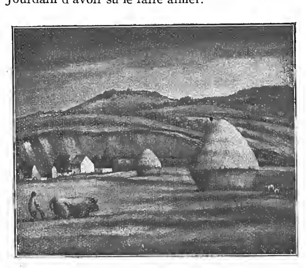
ART ET MÉDECINE

LE SALON D'AUTOMNE DE 1936

Le *Salon d'Automne* vient d'ouvrir ses portes dans le Pavillon des Salons de l'Esplanade des Invalides par un temps ensoleillé, propice aux grands vernissages. La foule parisienne qui s'intéresse encore aux Beaux-Arts, et qui n'en a aujourd'hui que plus de mérite en raison des circonstances, a retrouvé avec plaisir, dans des salles bien éclairées, ses peintres, ses graveurs, ses sculpteurs et ses décorateurs préférés. Car on aime, à Paris, le *Salon d'Automne*. Et ce sera la gloire de Frantz-Jourdain d'avoir su le faire aimer.



Dr Charles Bardon. Nature morte aux harengs (fig. 1).
(*Photo Marc Vaux.*)



Jacques Jacquemot. « Les Meules » (fig. 2).
(*Photo Marc Vaux.*)

Ce Salon ne fut-il pas le creuset dans lequel toutes les tentatives désintéressées de l'art moderne se fondirent ? Ne fut-il le lieu de rendez-vous de tous les artistes qui, après avoir secoué le joug des Salons officiels, purent y dégager librement l'esthétique nouvelle qui fait aujourd'hui la renommée universelle de la France dans les expositions internationales ?

Frantz-Jourdain disparu, — et nous espérons bien que Paris, le Paris des artistes, accordera bientôt à l'ancien président du *Salon d'Automne* l'hommage d'une de ses rues nouvelles, — le flambeau est passé entre les mains de George Desvallières. Et nous savons que ce n'est pas lui — encore que par une ironie du destin le nouveau président soit membre de l'Institut — qui conduira ce libre Salon vers un académisme renaissant ayant déjà ses thuriféraires — et souvent recrutés parmi ses plus acharnés anciens destructeurs.

Donc, si ce Salon de 1937 paraît sage, c'est bien plutôt parce que les jeunes audacieux de naguère ont pris de l'âge, qu'ils ont réalisé, après une période d'exubérantes recherches, leurs promesses, que parce que ces peintres ont renié un passé qui leur est toujours cher. Cubisme est mort, dit-on aussi, d'un air entendu. C'est trop vite enterrer un malade qui se porte bien et dont les petits-enfants, par l'affiche, par le décor, par l'architecture, par l'objet familier, vous côtoient chaque jour sans même que vous sembliez vous en apercevoir. Mais où sont les fauves d'antan ? gémissent encore, en parodiant Villon, des esprits chagrins. Ouvrez les yeux, bonnes gens, et vous retrouverez au long des cimaises leurs œuvres auprès de celles des plus délicats coloristes du temps. L'art est borné par des jalons que d'aucuns aimeraient pouvoir toujours transformer en poteaux indicateurs, quittes à arracher ceux qui indiquent des tournants dangereux. Mais la vie passe, entraînant l'art à la suite, et renverse les bornes les plus profondément plantées... En matière d'art, il n'y a pas d'étiquettes, il n'y a que les œuvres qui comptent !



Jules Zingg. « Repas de paysans. » (fig. 3).
(*Photo Zingg fils.*)

ART ET MÉDECINE *(Suite)*

La période difficile que doivent vivre les artistes d'aujourd'hui nous vaudra peut-être quelques œuvres importantes et durables qui honoreront



« La petite Mosquée », croquis inédit d'après son tableau par Lucien Lévy-Dhurmer (fig. 4).

notre époque. Car les artistes n'avaient pas toujours le temps de méditer longuement avant d'œuvrer, ni souvent le temps de parachever leur travail. Il leur fallait — et je pense aux meilleurs — besogner pour leurs marchands ou pour une clientèle plus spéculatrice que connaisseuse. On gagnait de l'argent, mais on bâclait. On se contentait d'esquisses, d'ébauches, de pochades Tout passait, tout était vendable, l'art seul en souffrait. Il était moins question de tableaux que de signatures. Désormais, seuls les véritables amateurs achetant encore, les artistes sont bien obligés de parfaire leurs œuvres, de besogner, sinon avec moins d'ardeur, du moins avec plus d'amour. Et, petit à petit, ils ont ainsi repris le goût du beau métier qu'ils en étaient venus à mépriser. Ils ont aussi fait un retour sur eux-mêmes. Ils désirent pour la plupart donner un sens à leur œuvre, un sens spirituel qu'ils avaient trop souvent négligé.

Cette année, donc, nous trouverons au *Salon d'Automne* quelques tableaux véritablement réalisés et qui dépassent, par leur importance même, la toile de chevalet coutumière. Plusieurs puisent en la vie rustique des humbles le meilleur de leur suc. Ainsi le *Repas des pêcheurs* de M.Pierre Bompard, grand tableau d'un réalisme scrupuleux et d'une riche matière, et surtout le *Repas de paysans* de M. Jules Zingg. Ce Franc-Comtois a souvent fait songer à Le Nain. Il sent réellement la beauté simple des intérieurs paysans. Il en dégage avec facilité l'atmosphère. Il connaît, pour l'avoir vécue, la vie des rustres. Il en pénètre l'espèce de poésie âpre, l'austérité si profondément humaine. Dans son tableau, rien qui ne soit à sa place, aucun lyrisme de gestes, aucune grandiloquence, Des hommes, leur travail accompli, mangent, dos voûtés, têtes inclinées vers les assiettes, à la table familiale qui réunit les maîtres et l'aïeule. Debout la servante apporte un saladier. Sur la cuisinière, on aperçoit le filtre à café. Et ces six personnages constituent une sorte de bloc solide, dense, lourd, qui est, comme la vie paysanne même, véritablement indestructible. Ce tableau est une œuvre qui compte et qui restera.

Certes, nous trouverons plus de joie débordante dans la *Guinguette nogentaise* de Mme Adrienne Jouclard. Plus de lyrisme aussi, plus de couleur. Ici, il s'agit d'une tranche de vie populaire, coupée en plein air, un beau dimanche d'été, sur les bords d'une rivière aux berges accueillantes. Une foule de baigneuses, de baigneurs, mêlée de peuple, sous des ombrages, près de l'eau tentante. Au premier



Esquisse pour un portrait du professeur Branly, par Maurice Asselin (fig. 5).
(Photo Y. Vaulé.)


BISMUTH DESLEAUX
PANSEMENT GASTRO-INTESTINAL IDÉAL
ULCUS, ULCÉRATIONS, GASTROPATHIES
HYPERCHLORHYDRIE, ENTÉROPATHIES, COLITES, OXYUROSE
SUPÉRIEUR AUX PRODUITS DE SUBSTITUTION

ART ET MÉDECINE *(Suite)*

plan, une jolie fille apporte la splendeur de sa chair épanouie et de son sourire.

Dans la *scène de famille* de M. Georges Paconil que très modestement le peintre intitule *Intérieur*, c'est encore le réalisme qui s'épanouit en une pâte dense et onctueuse. Sous l'œil de la grand'mère, deux bambins jouent avec un petit chemin de fer. La composition est simple, naturelle, tout y est ordonné avec soin, mais sans parti pris. On devine que l'artiste a médité longuement avant que de peindre, et qu'il a pu ainsi dépasser facilement le genre anecdotique qui aurait suffi à tant de peintres.

M. Yves Brayer fait songer à la fois à Vélasquez et à Manet avec ses *Saltimbanques*. On ne peut se dessouvenir de ces deux grands artistes en étudiant cette œuvre adroite et bien composée dont le réalisme a cependant quelque chose de trop recherché. Nain, lévrier, arlequin, gitane s'y trouvent réunis sur un fond aux jolis gris qui font valoir de puissants noirs et sur lequel se détache la tente des errants.

L'*Atelier* de M. Richard Maguet nous apporte une autre tranche de vie, celle de la vie des peintres. Le modèle nu vient se poser devant toute la famille. Le dessin est un peu roide, le tableau un peu froid, mais plein de qualités. On souhaiterait que ce jeune artiste se laisse aller davantage, laisse déborder un peu plus son émotion.

M. Louis Latapie a de l'ambition ; il a entrepris un important tableau : *la Comédie tragique*, dans lequel il a fait entrer de nombreux personnages dont le dessin est souvent contestable. L'artiste sacrifie à un modernisme d'expression qui eut son heure et fait place à une sorte de volontaire désordre. L'en blâmera-t-on ou le félicitera-t-on de son audace ?

Que dire aussi de l'immense carton pour une fresque de M. Charles Blanc ? *Après l'alerte, la ville sans chef*, tel est le sujet qu'a traité le jeune peintre. On aimerait voir l'œuvre réalisée pour apporter un jugement sérieux. Pour l'instant, la composition seule nous intéresse. Et l'on doit avouer qu'elle ne laisse pas d'être bien creuse. Pourtant c'est un gros effort que l'artiste a tenté et qui n'est pas sans mérite. La ville sans chef, c'est le désordre, le pillage, la mutilation des statues, l'heure dramatique des clubs et des ilotes...

Il faut encore parler de la *Fête foraine* de François Desnoyer, l'un des peintres les plus coloristes de la génération montante. Au manège, des femmes, de la foule, un entrelacs de lignes, de formes et de couleurs crues, et tout cela traité avec une rigueur quasiment géométrique qui laisse entendre que M. Desnoyers pourrait devenir un de nos grands décorateurs de théâtre ou un verrier magnifique.



Doumer-Lagarde. « Retour de chasse » (fig. 6).
(*Photo Marc Vaux.*)

D'autres œuvres importantes requièrent aussi notre attention : la *Figurante* de M. André Planson, aux accords de tons délicats ; la *Chasse à courre* de M. Malançon sans doute laissée trop à l'état d'esquisse ; les *Figurantes* de M. Caillard, dont l'espèce de défilé découd l'ordonnance du tableau ; le *Bateleur* de M. Poncelet, figure d'arlequin délicatement évoquée, et, à la *Section d'art religieux*, l'*Annonciation* de M. Henry-Marret, composition noble et simple, et surtout les grandes et lyriques décorations de M. George Desvallières, œuvres marquées au sceau d'un symbolisme chrétien et d'une ardente foi, dont la *Résurrection* et la *Sainte Vierge, reine des anges* sont parmi les plus magnifiques réalisations de ce maître aujourd'hui président du *Salon d'Automne*.

***

Il serait injuste de ne point pourtant parler de

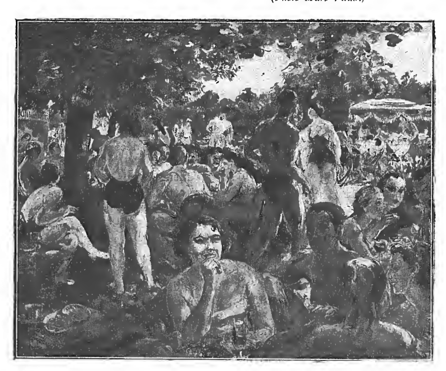
ART ET MÉDECINE *(Suite)*

cette brillante phalange d'artistes qui honorent le *Salon d'Automne* par leur présence et leur talent et qui sont parmi les plus indiscutables représentants de l'art contemporain.

De M. Pierre Bonnard on trouvera une délicieuse *nature morte* aux accords violets, délicats et précieux, entourée d'œuvres de MM. Albert André, Alexandre Urbain, Manguin, Louis Charlot, Georges d'Espagnat et Renefer ; de M. Othon Friesz un *groupe de baigneuses dans un paysage*

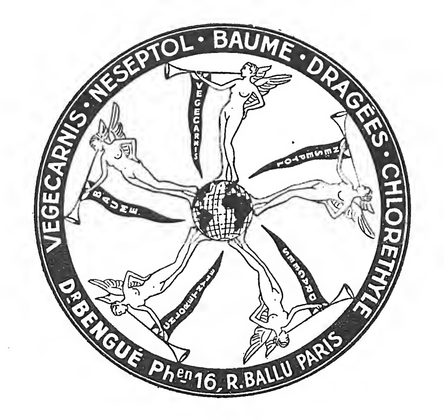


Pierre Bompard. « Le repas des pêcheurs » (fig. 7).
(Photo Marc Vaux.)



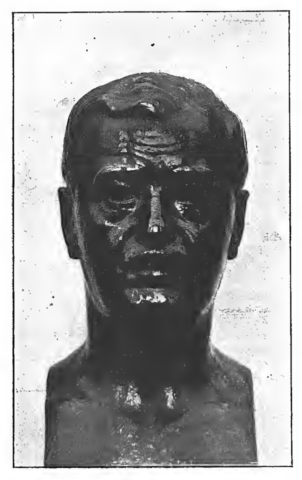
Adrienne Jouclard. « Guinguette au bord de la Marne » (fig. 8).
(Photo Marc Vaux.)

peint avec cette verdeur et ces accents qui en font le prix, de M. Van Dongen un *nu* audacieux et sataniquement blond, encadrés de vibrants tableaux de M. Louis Valtat, d'un *paysage* d'Utrillo et de toiles colorées de M. Camoin. De M. Dufrénoy un éclatant panneau décoratif autour duquel on a groupé une vivante *esquisse pour un portrait de Branly* par M. Maurice Asselin, un noble *paysage*


VEGECARNIS · NESEPTOL · BAUME · DRAGÉES · CHLORETHYLE
VEGECARNIS
Dr BENGUÉ Phen 16, R. BALLU PARIS

ART ET MÉDECINE *(Suite)*

aux amours de M. Pierre Girieud, un tableau d'histoire de M. Charles Guérin, *Saint Louis recevant la couronne d'épines*, et des œuvres de MM. Baignières, Henry de Waroquier, Jean Lombard ; de M. Lebasque un adorable *nu dans un intérieur* caressé par une lumière tendre, véritable bonbon de chair rose ; de M. Frédéric Deshayes, une très belle *nature morte à la cruche*, harmonisée avec soin; encore des œuvres solides de MM.L.-R. Antral, Crissay, Ladureau, André Fraye, Fernand Trochain, Constant Le Breton, Savreux, Stival, Picart le Doux, Roger Worms, et de très simples et justes *bords de Seine* de M. Robert Lotiron.



Buste du professeur Mathieu, par Lamourdedieu (fig. 9).
(*Photo Marc Vaux.*)

Une salle a été consacrée aux anciens peintres cubistes. On y verra un grand tableau décoratif de M. André Lhote, des *compositions abstraites* de M. Albert Gleizes, un *portrait de femme au piano* de M. Gromaire, des œuvres colorées et sensibles dont le *Rire* de M. Jacques Villon, des fleurs coruscantes de M. Kutter et des œuvres violemment exprimées de MM. Walch et Berçot.

Dans les autres salles on remarquera de délicats *paysages marocains* de M. Lévy-Dhurmer, deux très beaux dessins d'*arbres* de M. Jean Peské, une *Vue sur la Tour Eiffel* de M. Darel, un *nu* plastique et vivant de M. Charles Kvapil, une composition habile de M. Deschmacker, une très belle *nature morte aux citrons* de M. Jacquemot, de *Départ* de M. Chapelain-Midy ; les *perruches bleues* de Mme Hélène Marre ; des *vieilles maisons* de MM. Germain Delatousche et Oguiss, de colorés paysages de MM. Gaston Balande, Jehan Berjonneau, Paulémile Pissarro, Paul Deltombe, des *portraits* de Mme Méla Muter, une *Léda* de M. François Quelvée, des *paysages basques* de M. Oudot ; des *Natures mortes* et des *Fleurs* de MM. Sardin, Livet, Domergue-Lagarde, Lucie Tullat, Julie Mezerowa, Roger Deverin, Roland Chavenon, Jean Cavaillès, Abel Bertram, etc. Une exposition rétrospective rappelle aussi le talent souple de Lucie Caradek et un ensemble est consacré au bon peintre Léon Lhemann.

A la gravure, de très beaux dessins de M. Bernard Naudin, dont une *Ronde de fillettes* vraiment prestigieuse et des eaux-fortes de M. Henry de Waroquier président un ensemble d'œuvres fort captivantes de MM. Soulas, J.-C. Perrichon, Louise Ibels, Guastalla, Berthold Mahn, Jacob Hians, Friedberger, Alfred Le Petit, Morin-Jean, Paul-Émile Colin, graveurs et illustrateurs de talent.

On trouvera à la sculpture, autour de quelques œuvres de Joseph Bernard, Emile Bourdelle, Degas, Roger de la Fresnaye, Pompon, Renoir et Rodin qui furent des gloires du *Salon d'Automne*, des bustes, des statues ou des animaux de MM. Dejean, Drivier, Abbal, Despiau, Benon, Pimienta, Lamourdedieu, Aristide Maillol, Wlérick, Lemar, Burel, Guénot, Hernandez et Yencesse.

Le Salon comprend en outre, comme chaque année, des sections d'art décoratif, du livre, de décoration théâtrale, d'affiche et d'art religieux.

***

J'aurais aimé pouvoir découvrir dans ce Salon de nombreuses œuvres de médecins ou se rapportant à la médecine. Elles sont, en vérité, peu nombreuses. Seul, je crois bien, M. le Dr Bardon y expose de la peinture : un charmant paysage d'eau : *le moulin de Valeike*, étudié avec complaisance jusqu'en ses reflets ; aussi une de ces natures mortes dans lesquelles il fait preuve de tant de qualités picturales et de tant de conscience, une *nature morte aux harengs* d'un vérisme attachant.

On trouvera encore de Mme Madeleine Vaury-Bardon un vigoureux *bouquet de fleurs* d'une colo-

ART ET MÉDECINE *(Suite)*

ration ardente et un paysage humide et verdoyant : *la Dordogne à Pinsac*, peint avec une autorité décisive ; de Mme Andrée Joubert-Deschiens toujours fidèle aux fleurs des champs, une gerbe luxuriante de *sain foins au printemps* et une sensible vision de *Nice en septembre* exécutée dans une gamme gris-argent du plus bel effet ; de Mlle Marcelle Papillaud, un délicat *bouquet de fleurs*, harmonieusement taché, et un *nu couché* qui fait honneur à cette artiste dont le talent de coloriste n'est plus à louer.

On sait quelles attaches ces jeunes femmes artistes ont dans le monde médical et on ne saurait trop les féliciter de faire figure dans ce Salon — et depuis longtemps déjà — de véritables professionnelles.

A la sculpture, M. le Dr Raimond Sabouraud expose un charmant surtout de table composé par une ronde d'amours sous le titre *la Danse*. Il y fait preuve d'une grande distinction, d'un goût délicat et d'un sens décoratif achevé. Parmi les bustes, nous relevons celui de *M. le professeur Mathieu* par M. Raoul Lamourdedieu, qui donne aussi, taillé directement dans la pierre, avec un sens exact des volumes, un *buste de M. Raymond Escholier*, conservateur du Petit Palais.

A la gravure, nous retrouvons *la Provençale* de François de Hérain et un *portrait de Jules Guesde*, brillamment enlevé par le même artiste.

Nous trouverons encore le nom de deux médecins, MM. les Drs Lefort et Martiny, parmi les collaborateurs de MM. Mallet-Stevens et René Herbst, auteurs de mobiliers scolaires qu'on remarquera parmi les ouvrages groupés sous le patronage de l'*Office technique pour l'utilisation de l'acier*.

Cette intéressante collaboration de la médecine, de l'architecture et de la décoration mobilière vient à son heure, au moment où tout ce qui touche à l'enfance ne saurait plus laisser personne indifférent.

GEORGES TURPIN.

VARIÉTÉS

LES " BOIS SACRÉS "

Cimetières de l'avenir

par le Dr CLAVEL.

Comme conclusion à l'article du *Paris médical* du 1er août sur « l'Erreur scandaleuse et mensongère des cimetières », nous proposons les conclusions pratiques suivantes.

Et il serait à désirer que dans chaque ville, le corps médical, toujours à l'avant-garde des questions d'hygiène et d'urbanisme bien compris, s'en fasse l'apôtre et le défenseur.

Il faut renoncer aux cimetières actuels :

Dangereux pour la santé publique par les miasmes qui se dégagent des caveaux, par la densité des cadavres qui infectent la nappe d'eau souterraine, laquelle alimente parfois la population ;

Inesthétiques et contraires aux lois de la nature, par les mausolées d'un goût souvent douteux et les caveaux qui retardent le retour à la terre et par conséquent à la vie de tout ce qui en est sorti ;

Scandaleusement mensongers, par la faillite à la promesse de respecter la perpétuité du repos dans le terrain chèrement et péniblement acquis, tout finissant un jour dans la « fosse commune ».

A l'avenir, substituons les « Bois Sacrés » à la dangereuse laideur de nos cimetières.

Dans une propriété de plusieurs centaines d'hectares de terrain inculte, on dessinera un parc aux grandes routes, pelouses et bosquets ;

Chaque cercueil sera enseveli à même l'humus. Une simple croix de pierre ou une stèle sera dressée au chevet ; un arbre sera planté au-dessus du cercueil et une dizaine autour.

Ainsi seront respectés :

La perpétuité du repos ;

La loi de nature du retour à la terre ;

L'hygiène des vivants, délivrés des miasmes et des infiltrations des caveaux.

L'esthétique et la poésie du champ de repos. Rien ne pouvant égaler la simple mais infinie beauté des gazons et des bois protégeant et assurant la paix promise.

Inutile de souligner l'avantage climatérique dû aux immenses forêts que deviendront les « Bois Sacrés ». Ils favoriseront enfin « la santé populaire » autant que le sentiment, puisqu'on pourra facilement desservir nos « Bois Sacrés » par des services d'auto-cars dont certains dominicaux seraient même gratuits pour les déshérités.

Hygiène, esthétique, sentiment, tels sont les hauts mobiles qui militent en faveur de ces émouvants et gracieux « Cimetières de l'Avenir ».



REVUE DES CONGRÈS

XXIVe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Paris 12-14 octobre 1936.

DEUXIÈME RAPPORT.

LES MÉNINGITES AIGUES CURABLES

Méningite lymphocytaire curable chez l'enfant.

Par MM. A. LESNÉ (Paris) et Y. BOQUIEN (Nantes).

Entrevue par Quincke, la méningite lymphocytaire curable ne fut véritablement bien décrite qu'à partir des travaux de 1910, époque à laquelle survint la première apparition importante de la maladie. Depuis, celle-ci s'est un peu généralisée, affectant cependant certains foyers électifs où elle a sévi d'une façon plus marquée : pays nordiques, Europe occidentale, Etats-Unis d'Amérique. L'influence de certaines années, l'influence saisonnière sont des faits évidents. La contagion est possible, certains cas comme celui de Schneider semblent la prouver.

La M. L. C. s'observe d'une façon particulièrement fréquente chez les sujets jeunes, spécialement entre cinq et douze ans.

Le rôle des infections rhino-pharyngées est admis par presque tous les auteurs, comme porte d'entrée possible de la maladie.

Le **tableau** de l'affection est en général stéréotypé : le début en est brutal, caractère essentiel de différence vis-à-vis de la méningite tuberculeuse, marqué par une élévation brusque de température, des vomissements, de la céphalée. Souvent, à cette époque, on trouve une angine soit érythémateuse, soit pultacée. Rarement le début se fait encore plus brusquement, revêtant une forme comateuse ; rarement aussi il est précédé de prodromes.

Une fois constituée, la M. L. C. se traduit par les *signes méningés* habituels, avec toutefois certaines caractéristiques qui lui sont propres. La céphalée, souvent à prédominance occipitale (Eckstein), est en règle très pénible ; la rachialgie est également un symptôme habituel de l'affection ; les vomissements s'observent dans la grande majorité des cas, la constipation est moins fréquente.

A l'examen, la raideur de la nuque est de règle, habituellement marquée, de même que le signe de Kernig dans ses deux modalités.

Parfois l'enfant est couché en chien de fusil, mais ceci est beaucoup moins fréquent que dans la méningite tuberculeuse.

Les réflexes tendineux sont parfois normaux, parfois un peu vifs ; les réflexes cutanés sont assez rarement modifiés ; le signe de Babinski n'existe presque jamais ; l'hyperesthésie cutanée est très nette ; les troubles vasomoteurs sont moins marqués que dans la méningite tuberculeuse.

La photophobie est fréquente, le fond d'œil montre souvent de la papillite, de l'œdème de la papille, ou de la stase ; parfois des hémorragies rétiniennes. Des paralysies oculaires ont été relatées par différents auteurs.

La fièvre est habituellement élevée, entre 38° et 39°, pendant tout le cours de la maladie. Le pouls est dissocié de la température, et souvent instable. La tension artérielle est basse, les urines sont rares et chargées.

Il est important de noter qu'il n'y a pas de troubles psychiques, pas de prostration, pas d'hostilité, l'enfant reste très présent et ne manifeste pas la réticence habituelle de la méningite tuberculeuse. L'asthénie est de règle. Les troubles sphinctériens sont exceptionnels.

L'**évolution** de la maladie est des plus simple. La durée varie de deux à quatre semaines, puis les symptômes décroissent et souvent assez vite, la fièvre tombant du sixième au dixième jour. La crise urinaire apparaît, un bien-être général survient.

Le plus important des **examens spéciaux** à mettre en œuvre au cours de la M. L. C. est la *ponction lombaire*, qu'on fera à la moindre suspicion de syndrome méningé, étant donnée la remarquable absence de parallélisme entre les signes cliniques et les réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien.

Le liquide céphalo-rachidien est eau de roche, rarement trouble s'il y a une leucocytose considérable ; laissé au repos, on voit souvent survenir un réticulum fibrineux (phénomène de la toile d'araignée). La tension est augmentée en position couchée. La réaction cytologique est en règle considérable, bien que très variable d'un jour à l'autre chez le même malade. Habituellement on trouve de 100 à 500 leucocytes par millimètre cube ; l'intensité de cette réaction est un des faits les plus importants de l'histoire de la M. L. C. Au fur et à mesure qu'évolue l'affection, cette réaction diminue, à l'inverse de ce que l'on observe dans la méningite tuberculeuse.

Cette réaction est constituée d'abord par les polynucléaires, puis par des lymphocytes. Du Bois, puis Charlier ont établi la relation de ces éléments mononucléés avec les monocytes. Du fait de la réaction cellulaire polymorphe, mieux vaudrait peut-être la dénommer *méningite séreuse curable ou bénigne.*

Le **liquide céphalo-rachidien**, fait remarquable, est beaucoup moins augmenté qu'on ne pourrait le croire, étant donné le nombre des leucocytes ; il y a dissociation cyto-albuminique (par exemple 50 d'albumine pour 300 éléments cellulaires).

Le **glucose du liquide céphalo-rachidien** est en général normal (différence avec les méningites tuberculeuses), le taux des chlorures est peu modifié.

La réaction de B. W. est négative au cours de la M. L. C., à quelques très rares exceptions près. La réaction du *benjoin colloïdal*, les courbes de précipitation des sols d'or sont en général positives dans des proportions variables. La *réaction de Pandy* est le plus souvent positive. L'*indice réfractométrique* du liquide céphalo-rachidien est très élevé, beaucoup plus qu'on ne l'observe dans les méningites tuberculeuses, sans que ce puisse être expliqué par les quantités réciproques d'albumine du liquide céphalo-rachidien. La *réaction de Vernes-résorcine* donne des taux très bas (5 de moyenne), alors que dans les méningites tuberculeuses elle serait élevée (162 de moyenne : Kérangal des Essarts).

Les examens bactériologiques du liquide céphalo-rachidien sont toujours négatifs. *La ponction lombaire a une influence remarquable et quasi constante sur l'évolution de la maladie, diminuant les signes fonctionnels et semblant raccourcir l'évolution.* Notons, par ailleurs, une leucocytose sanguine modérée, avec lymphocytose ou polynucléose.

A côté des formes typiques, existent des *cas frontières*,

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

anormaux, soit par leurs symptômes, soit par leur évolution. Ce sont d'abord des cas frustes, où la réaction méningée est uniquement d'ordre biologique, et où les signes cliniques font partiellement ou presque totalement défaut. Dans ces cas seule la ponction lombaire individualise la maladie.

Il existe encore des formes à rechutes, des formes prolongées d'une durée de plusieurs mois.

Particulièrement importante est la forme que l'on pourrait appeler encéphalo-méningée, où aux signes proprement leptoméningés se joignent des signes encéphaliques soit pyramidaux, soit cérébelleux, soit d'atteinte des nerfs craniens; mais ne faut-il pas exclure ces formes cérébrales du cadre de la M. L. C. pour les faire entrer dans le cadre des encéphalites ?

Le pronostic de la M. L. C. est bénin par définition, l'absence de séquelles est une règle presque absolue. Dans les rares cas mortels qui ont été signalés, l'affection était presque toujours à début très brusque, parfois comateux, avec association plus ou moins importante de symptômes de la série encéphalique, et alors il n'est pas démontré qu'il s'agisse de la même maladie.

Au point de vue **anatomo-pathologique**, nous ne possédons qu'un petit nombre de documents, du fait de la bénignité habituelle de la M. L. C. On a décrit de l'hyperémie des centres nerveux et des méninges molles, et, au point de vue histologique, des infiltrats lymphocytaires plus ou moins considérables au niveau des leptoméninges.

Le **diagnostic différentiel** se pose en fait avant tout avec la *méningite tuberculeuse*. En principe, les notions d'antécédents et de contage, quand on peut les mettre en évidence (ce qui est loin d'être toujours facile), la période prodromique, l'hostilité du malade, l'importance des signes basilaires et bulbaires (œil, respiration, pouls), l'amaigrissement, la torpeur sont des arguments cliniques importants en faveur de la méningite tuberculeuse.

La cuti-réaction et l'intradermo-réaction, si elles sont négatives, sont un argument crucial contre l'hypothèse de méningite bacillaire. Les caractères différents du liquide céphalo-rachidien avec élévation du taux d'albumine au prorata de la réaction cellulaire, et, avant tout, la recherche du bacille de Koch, soit à l'examen direct, soit par inoculation, soit par ensemencement sur milieux spéciaux (Lœwenstein, Saenz), feront la preuve de la méningite bacillaire.

Il faut ensuite éliminer les *méningites méningococciques* dans certaines formes larvées, les *méningites hérédo-syphilitiques* extrêmement rares d'ailleurs, la *spirochétose méningée de l'enfant* (Apert et Broca, Julien Marie et Gabriel), la maladie des jeunes porchers (Roch), les *méningites ourliennes autonomes* (Weissenbach), certaines septicémies avec réactions méningées, les *suppurations des cavités cranio-faciales* pouvant déterminer une réaction méningée de voisinage (sinus, oreille moyenne et interne), l'*hydropisie méningée*, les formes méningées des *vomissements cycliques* avec acétonémie.

Dans cet énoncé, les circonstances d'apparition de la

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

maladie, l'examen complet du jeune malade, les données de la ponction lombaire feront vite un tri et permettront, aidées des caractères évolutifs de l'affection, un diagnostic exact.

La question la plus controversée de la M. L. C. est celle de la *pathogénie*.

Trois origines surtout ont été discutées : l'*encéphalite* ou les différents virus encéphalitiques, la *polionyélite*, la *tuberculose* atténuée.

L'encéphalite, type Von Economo-Cruchet, apparaît à des époques de l'année voisines de celle de la M. L. C. ; certains cas de M. L. C. auraient évolué vers le parkinsonnisme : on connaît en outre les réactions méningées de l'encéphalite. Toutefois le nystagmus, les secousses cloniques, les séquelles post-encéphalitiques sont pratiquement exceptionnels au cours ou à la suite de la M. L. C.; nous ne les avons pas observés alors qu'ils sont si fréquents dans l'encéphalite ; les inoculations expérimentales de Knauer à la cornée du lapin sont également un argument négatif important contre l'hypothèse de l'encéphalite.

La polyomyélite pourrait être envisagée dans quelques cas. Toutefois l'absence de paralysie flasque dans la M. L. C., l'aspect clinique totalement différent dans les cas types de la maladie, les données différentes des réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien, plaident contre l'identité de ces deux affections.

Quant à la tuberculose, on ne peut non plus y rattacher l'immense majorité des cas de M. L. C., car, outre que la recherche du bacille de Koch par les moyens d'investigation les plus poussés tels que l'inoculation en série aux cobayes, l'ensemencement sur des milieux spéciaux, est négative dans la M. L. C., la cuti-réaction et l'intradermo-réaction restent, elles aussi, très souvent négatives chez le jeune enfant atteint de M. L. C., alors qu'elles sont constantes chez tous les jeunes tuberculisés.

Par élimination, on en arrive à l'hypothèse de **maladie autonome ;** cette hypothèse est d'ailleurs étayée par un certain nombre de travaux expérimentaux récents de la plus haute importance. Amstrong, Lillie et Wooley, Findlay, Alcock et Stern, Rivers et Mc Scott, Lépine et Mlle Sautter ont réussi à isoler un virus chorio-méningitique chez la souris et chez le singe, susceptible de donner à l'animal par inoculation intracranienne (par exemple), une chorio-méningite rappelant en tous points la maladie spontanée de l'homme. Chez ces animaux, on observe une réaction cytologique à lymphocytes d'une intensité considérable.

La chorio-méningite expérimentale produite par inoculations de liquide céphalo-rachidien de M. L. C. est mortelle chez certains sujets, guérissant chez d'autres, qu'elle immunise alors contre une inoculation ultérieure. Lépine et Mlle Sautter ayant isolé un virus apparemment identique à celui des auteurs américains, ces auteurs ont recherché si le sérum sanguin d'anciens malades observés par les rapporteurs neutralisait le virus expérimental qu'ils avaient isolé. C'est en effet ce qui s'est produit dans une proportion importante de cas. Les épreuves de contrôle ont été négatives.

Il semble donc bien que l'obscurité qui planait jusqu'ici sur l'origine de la M. L. C. soit bientôt dissipée grâce à ces tout récents travaux expérimentaux.

La thérapeutique de la M. L. C. est une thérapeutique toute symptomatique, vu la bénignité de l'évolution de la maladie : les bains chauds, l'application de glace sur le crâne, les médications anti-infectieuses banales en représentent les principaux articles, mais la ponction lombaire constitue en même temps le procédé de diagnostic le plus sûr et le moyen thérapeutique le plus efficace.

TROISIÈME RAPPORT.

La méningite tuberculeuse est-elle curable ?

Par R. CRUCHET (Bordeaux).

L'exposé de ce rapport se résume en fin de compte à une question de définition.

Il s'agit de savoir si l'on doit accepter la méningite tuberculeuse selon la description classique telle qu'elle a été pour la première fois isolée par Robert Whytt en 1768 et telle qu'elle a été acceptée depuis par tous les médecins, ou bien s'il faut élargir le domaine de la méningite tuberculeuse et accepter la possibilité d'une méningite bénigne ou curable dans le sens où l'adoptent Roche et Lesné.

I. — La méningite tuberculeuse type Whytt paraît malheureusement curable dans un nombre exceptionnellement restreint de cas. « J'ajoute franchement, écrivait Whytt, que je n'ai jamais été assez heureux pour guérir un malade chez lequel la maladie était confirmée ; et je soupçonne que ceux qui ont cru avoir plus de succès se sont trompés sur la nature du mal ou ont pris une autre maladie pour celle-ci. »

Cette opinion est celle de l'écrasante majorité de tous les auteurs qui ont étudié cette terrible maladie depuis cette époque jusqu'à ce jour. La confirmation en a été donnée au rapporteur par les réponses de plus de 200 médecins, français ou étrangers, auquel il a posé la question.

Il pense cependant que cette curabilité est indiscutable: si la question pouvait être suspecte du seul point de vue clinique, les données modernes fournies par le laboratoire, et spécialement par l'examen du liquide céphalo-rachidien, permettent de répondre d'une façon nettement affirmative dans quelques cas, particulièrement dans les cas où l'on a pu déceler la présence du bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien, et surtout par l'inoculation positive de ce liquide au cobaye.

On a dit que dans les cas de ce genre il s'agissait de rémission et non de guérison. En réalité, entre une rémission qui peut durer plusieurs années et une guérison définitive, il n'y a qu'une question de degré ; si on admet une rémission pouvant durer si longtemps, il n'y a pas de raison qu'elle ne puisse durer un temps indéfiniment prolongé. Mais cette curabilité est exceptionnelle, puisque sur des milliers et des milliers de cas de méningite tuberculeuse, on n'a pu authentifier à l'heure actuelle qu'un nombre restreint de 80 cas environ.

II. — Plus intéressante est la conception qui comprend dans les méningites bénignes certains cas de méningite tuberculeuse atténuée. Roch et Lesné font quelques réserves pour affirmer la nature tuberculeuse de pareils cas ; en réalité, il est difficile de ne pas considérer comme tuberculeuses les observations qu'ils signalent et dans dans lesquelles, avec des phénomènes même très atté-

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

nués de méningite, il y a cependant présence de bacilles de Koch dans le liquide céphalo-rachidien et inoculation positive à l'animal.

En conséquence, si la méningite tuberculeuse classique est exceptionnellement curable, il est vraisemblable d'accepter une méningite tuberculeuse bénigne comme susceptible de guérison dans un très grand nombre de cas. Dans ces conditions, la curabilité de la méningite tuberculeuse devient beaucoup plus considérable que si l'on se borne à la considérer dans son type classique.

III. — D'une façon générale, les statistiques démontrent que la méningite tuberculeuse tend à être moins fréquente qu'autrefois, même dans sa forme classique.

Cette curabilité semble en fonction des méthodes modernes de prophylaxie qui s'adressent à la tuberculose en général et qui montrent une diminution certaine dans tous les pays de cette maladie.

Jusqu'à plus ample informé, il ne semble pas qu'on puisse attribuer à certains traitements récents, comme l'allergine de Jousset ou la radiothérapie pénétrante de Bokay, une action élective sur la guérison possible de ces cas de méningite tuberculeuse. Le nombre de pareils cas est encore trop restreint pour que l'on puisse l'affirmer.

Discussion et communications.

M. Pierre Mollaret (Paris) rappelle ses travaux parus à la Société de pathologie exotique (février 1936) et concernant le rôle éventuel d'un ultra-virus de la souris dans le déterminisme de certaines méningites lymphocytaires humaines. Conduit à cette notion par l'étude d'une telle méningite chez une jeune femme, qu'il avait vaccinée contre la fièvre jaune avec un vaccin fabriqué à partir du cerveau de souris, il avait nié la nature amarile de la réaction méningée et proposé, avec G.-M. Findlay (de Londres), l'hypothèse d'un ultra-virus saprophyte inapparent de la souris. Ce virus lui paraissait proche sinon identique à celui que Armstrong et ses collaborateurs venaient de rencontrer dans des conditions analogues mais à propos de l'encéphalite de Saint-Louis.

Il fait de sérieuses réserves sur la fréquence du rôle de ce virus chez les sujets présentant une méningite lymphocytaire bénigne, dont il a inoculé, dans plusieurs cas, le sang et le liquide céphalo-rachidien à différents animaux, en particulier au singe. Par ailleurs, le pouvoir neutralisant d'un sang reste d'interprétation délicate.

En pratique, une certitude ne sera acquise que par l'accumulation suffisante de documents ; si la réalité du rôle d'un tel virus était définitivement acquise, il importerait d'explorer un domaine plus large, car il serait imprudent d'admettre que ce virus ne donne que des méningites lymphocytaires bénignes et non des encéphalites, radiculites, polynévrites, ou même des syndromes infectieux non neurologiques.

MM. Jean Troisier et R. Trotot estiment indispensable, en face de toute méningite séreuse bénigne, de

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

rechercher systématiquement le rôle étiologique du *Spirochæta ictéro-hemorragiæ*, soit par l'inoculation des humeurs, soit par séro-diagnostic. Le diagnostic de méningite lymphocytaire bénigne ne peut être qu'un diagnostic d'exclusion ; ni la clinique, ni l'étude cytologique ou chimique du liquide céphalo-rachidien ne peuvent amener à un diagnostic de certitude.

Les auteurs signalent de plus que dans la spirochétose méningée ils n'ont pu déceler dans le liquide cérébro-spinal un virus « chorio-lymphocytique » par inoculation intracérébrale à la souris. Le spirochète d'Inada est donc bien responsable à lui seul de toute la maladie méningée.

M. Le Blaye (Poitiers) a observé plusieurs cas de méningite lymphocytaire à forme comateuse, type clinique qui n'est pas rare, et qui peut se terminer par la mort. Il admet l'identité des formes bénignes et des formes graves, constituant une entité nosologique différente des formes méningées des autres maladies à virus neurotrope. Il préfère les qualificatifs de « aseptique aiguë » à ceux de « lymphocytaire », puisque le liquide peut être puriforme, et de « bénigne » puisque la maladie peut être mortelle.

M. Creyx (Bordeaux) se demande si les frontières de la méningite lymphocytaire bénigne sont parfaitement établies. Il pense qu'il convient d'y intégrer certaines formes de méningites tuberculeuses. On doit dire curables et non bénignes, car on peut relever au cours de l'évolution des signes très alarmants comme le coma.

Le taux des chlorures du liquide céphalo-rachidien à 7 ou au-dessus de 7 grammes par litre fournit une indication pronostique favorable plutôt qu'une signature étiologique. Malgré l'absence du bacille tuberculeux dans ce liquide, malgré le caractère infructueux de l'inoculation au cobaye, il pense que la notion des antécédents des malades, des séquelles de tuberculose dont ils sont porteurs constituent des arguments de premier plan pour le diagnostic de la méningopathie.

MM. A. Pellé et Massot (de Rennes) rapportent un certain nombre d'observations d'états méningés aigus curables spontanément. Ils envisagent d'abord des affections méningées dont ils ont pu préciser l'étiologie (méningite saturnine, méningite au cours de l'hémorragie cérébrable, méningite à méningocoques bénigne, formes méningées de la poliomyélite et de l'encéphalite).

Ils abordent ensuite l'étude des méningites bénignes dont l'étiologie n'a pu être déterminée, montrent que leurs caractères cliniques et biologiques sont trop dissemblables pour en faire une maladie autonome. Ils pensent pouvoir conclure que la plupart de ces états méningés d'étiologie indéterminée relèvent plutôt de formes atténuées ou anormales de méningite de causes connues. Parmi ces causes il y a lieu de retenir, outre les causes précitées, certaines variétés de bacille de la tuberculose, ce qui permet de penser que la méningite tuberculeuse n'est pas inexorablement mortelle.

M. Étienne Bernard souligne à propos d'un cas ré-

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

cemment observé chez un enfant de quatre ans : 1° la notion d'un début aigu ; 2° vingt-quatre heures après le premier signe clinique, la présence dans le liquide céphalo-rachidien d'une réaction leucocytaire intense (580 éléments) faite à peu près uniquement de lymphocytes ; 3° la constatation d'une cuti et d'une intradermo-réaction tuberculiniques négatives. En présence d'un syndrome méningé typique, le groupement de ces trois faits a permis le diagnostic essentiel, c'est-à-dire l'élimination de la méningite tuberculeuse. Quant au diagnostic causal, toutes les recherches sont demeurées négatives. L'évolution a tourné court en dix jours, comme dans les cas déjà connus de méningite lymphocytaire bénigne.

M. D'Œlsnitz (de Nice) attire l'attention sur l'importance primordiale des vérifications quotidiennes du taux du glucose permettant une connaissance rapide des tendances de la glycorrachie dans les deux maladies : normale, stationnaire, exceptionnellement ascendante dans les méningites aiguës curables, au contraire, plus ou moins rapidement descendante dans la méningite tuberculeuse. Ces variations lui ont paru permettre un pronostic plus exact que les variations correspondantes des chlorures.

Pour ce qui concerne les facteurs étiologiques des méningites aiguës curables, il se demande si la syphilis ne favorise pas l'action du virus neurotrope, cause efficiente probable des méningites lymphocytiques bénignes.

Il pense que la diminution de fréquence de la tuberculose méningée a sa cause dans le dépistage systématique de la primo-infection tuberculeuse et dans l'application précoce des soins qu'elle comporte.

M. Denéchau (Angers) a observé depuis 1926 11 cas de méningite aiguë curable, dont 5 dans la région de Saumur et de Thouars où sévissait une endémie d'affections neurotropes à type de poliomyélite et plus encore de névraxite.

Les 4 derniers cas, sporadiques, furent indépendants de toute épidémie.

Il insiste sur le grand intérêt pratique de cette notion de méningite aiguë curable, si méconnue du public et même des médecins : elle évite des erreurs de pronostic dont savent profiter guérisseurs et guérisseuses.

MM. Henri Roger et Jean Paillas (de Marseille), à côté de cas de méningite lymphocytaire bénigne type Roch, rapportent divers cas avec une ou plusieurs rechutes, avec ictère, avec broncho-pneumonie, avec bronchectasie, avec hémiplégie, avec réaction méningée puriforme aseptique.

Ces cas se distinguent de la méningite tuberculeuse par le début plus aigu, par l'absence de concordance constante entre l'intensité de la réaction du liquide céphalo-rachidien et du syndrome méningé, par la dissociation cyto-albumineuse (hypercytose plus considérable que l'hyperalbuminose).

M. Roch pense qu'il ne faut pas étendre à l'excès le cadre de la méningite lymphocytaire bénigne ; une polynucléose passagère ne permet pas de l'éliminer. Les observations de 1910 relevaient de la spirochétose.

M. Lesné admet en effet qu'un certain nombre de cas doivent être rattachés à la spirochétose. Les formes graves sont exceptionnelles et leur rattachement à la méningite lymphocytaire curable n'est pas démontré. Le diagnostic avec la poliomyélite ne peut souvent être fait que lorsque apparaissent les paralysies. Les phénomènes cérébraux, lorsqu'ils existent, sont habituellement immédiats, contrairement à ce qui se passe dans la méningite tuberculeuse ; la cuti-réaction et l'intradermo-réaction sont essentiels, car en cas de méningite tuberculeuse il n'existe pas d'anergie. La glycorrachie est un signe biologique de grande valeur. Les stigmates d'hérédo-syphilis manquent toujours. Le terme de méningite séreuse est préférable à celui de méningite lymphocytaire bénigne. Il s'agit d'une maladie autonome.

M. Cruchet souligne que si, au point de vue didactique, la distinction entre méningite lymphocytaire bénigne et méningite tuberculeuse est facile, le problème pratique est infiniment plus délicat.

(A suivre.)



NÉCROLOGIE

LE PROFESSEUR AMÉDÉE BORREL

Il y a un mois à peine disparaissait notre collègue le professeur Amédée Borrel. Il fut un des Pastoriens de la première heure. D'abord préparateur du Dr Roux, il se substitua à son maître, en 1897, dans l'enseignement de la bactériologie à l'Institut Pasteur. Ses cours, d'une clarté saisissante, ont été suivis par des savants qui sont maintenant répandus dans les laboratoires du monde entier.

Au moment du retour de l'Alsace à la France, il fut choisi pour occuper la chaire de bactériologie



Le Professeur BORREL.

et d'hygiène à la Faculté de médecine de Strasbourg. A peine était-il installé qu'il songea, à l'occasion du centenaire de Pasteur, à organiser une exposition qui remporta le plus grand succès.

D'une intelligence aiguë, au sortir de l'École des Frères il fit, en quelques années, ses études au lycée de Montpellier. En 1886, il était préparateur du professeur Kiener et il a publié, à cette époque, en collaboration avec Boinet, une étude sur les cellules géantes. Venu à Paris en 1892, il fut retenu par Metchnikoff qui, séduit par la vivacité de son esprit, voulut l'attacher à l'Institut Pasteur. Ses premiers travaux portèrent sur le mode de propagation du bacille tuberculeux dans l'organisme et firent la matière de deux mémoires magistraux. En 1894, il succéda à Louis Martin pour la préparation du cours et il en garda la direction jusqu'en 1920.

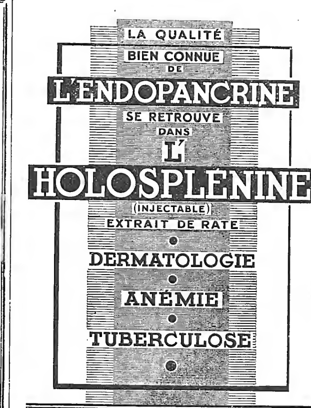
Borrel était un esprit curieux et passionné. La variété des sujets dont il s'est occupé en fournit la preuve. Les travaux qu'il a publiés forment une longue liste. Quand une question l'intéressait il s'y adonnait sans arrêt, avec de courts intervalles pour les repas et une assiduité qui se prolongeait parfois tard dans la nuit. Nous l'avons souvent entendu, au lendemain de son labeur nocturne, nous exposer, de sa voix puissante et grave, le résultat de ses recherches qu'il défendait avec une entraînante conviction.

C'est lui qui, le premier, a obtenu en culture le bacille de la peste contenu dans la pulpe de rate envoyée par Yersin et où les impuretés avaient longtemps masqué le germe spécifique. C'est lui aussi qui, le premier, inocula un cheval pour obtenir le sérum antipesteux. Pendant des années, il mania des masses énormes de bacilles tuberculeux. Il en montrait volontiers des kilos tant à l'état frais que desséchés. A cette manipulation, il contracta une infection ganglionnaire qui parut se limiter pendant longtemps à cet unique accident et qui devait finalement l'emporter. Ses études sur les infra-microbes sont classiques : la clavelée qui fut à la base de la vaccination du mouton, la variole, la vaccine, le molluscum contagiosum, forment une famille classée par lui sous une dénomination qui a fait fortune, les épithélioses.

Les recherches qu'il poursuivit avec Roux sur la guérison du tétanos par inoculation intracérébrale avaient un moment inspiré les plus grands espoirs, mais elles se sont heurtées à cette forme qu'il a caractérisée sous le nom de tétanos splanchnique contre laquelle le remède était impuissant.

Ses travaux les plus marquants, ceux auxquels il tenait le plus, ceux qui lui ont valu le prix Monaco à l'Académie de médecine, sont ceux qu'il a consacrés au cancer. Partant de cette observation qu'il fut le premier à faire du cancer du rat développé autour des cysticerques de *Tænia crassicola*, il se fit l'ardent champion de la théorie infectieuse du cancer où les parasites métazoaires jouent le rôle d'agents de transport du virus spécifique. C'est ce cancer du rat qu'il montra à Fibiger et qui motiva les recherches célèbres du savant Danois.

Il avait consacré les dernières années de sa vie à la culture des tissus, à l'étude des cellules nées


LA QUALITÉ
BIEN CONNUE
DE
L'ENDOPANCRINE
SE RETROUVE
DANS
L'
HOLOSPLÉNINE
(INJECTABLE)
EXTRAIT DE RATE
DERMATOLOGIE
ANÉMIE
TUBERCULOSE
LABORATOIRE DE L'ENDOPANCRINE
48, RUE DE LA PROCESSION - PARIS (XVe)

NÉCROLOGIE *(Suite)*

in vitro dont il a laissé des dessins remarquables et susceptibles d'inspirer des peintres décorateurs. Sur ces tissus, il a cultivé un certain nombre de germes filtrants, et il comptait, lorsqu'il aurait quitté la Faculté de Strasbourg pour revenir à la Maison mère, poursuivre ses tentatives dont il espérait retirer des lumières plus précises sur la constitution de ces virus.

Borrel n'était pas seulement un esprit original, c'était un inventeur. Toute sa technique était essentiellement personnelle, de même que son outillage. C'est lui qui a apporté cette simplification, aujourd'hui universellement adoptée, de remplacer pour l'examen des frottis le couvre-objet par l'huile de cèdre. Il a imaginé des procédés de coloration, de nombreux ustensiles de laboratoire parmi lesquels des appareils de broyage susceptibles de répondre à toutes les exigences. Il n'aimait que ce qui sortait de lui-même. En parcourant les textes, il voyait, d'un coup d'œil, ce qui était important. La lecture l'intéressait peu. Il restait plus volontiers plongé dans ses réflexions, pensant aux expériences de la veille, à celles du lendemain. Son imagination lui fournissait les hypothèses les plus ingénieuses, à la lumière desquelles il entreprenait constamment de nouvelles recherches.

Méridional à la vive intelligence, il n'était pas naturellement causeur ; se taisant volontiers, il ne prenait part que rarement aux conversations, à moins qu'il ne s'agît de science. Alors il se passionnait pour ses idées et les soutenait avec une ardeur et une sûreté de dialectique telle qu'on s'inclinait devant ses arguments. L'amour de la science le possédait tout entier. Il ne vivait que pour le laboratoire et par le laboratoire. Malgré cette spécialisation, l'étonnante faculté d'assimilation qu'il possédait lui permettait d'entrer de plain-pied dans tous les sujets, et partout il apportait l'originalité de ses conceptions.

C'était un savant plein de talent. Il est parti trop tôt pour la Science.

D[r] E. MARCHOUX.

F. BORDAS (1860-1936)

La mort vient d'enlever au monde scientifique un véritable savant dont la perte sera ressentie parmi les médecins et les chimistes français. Bordas, qui avait été longtemps directeur du laboratoire des finances, qui l'avait organisé, a été enlevé à l'affection des siens et à celle de ses élèves par une maladie lente qu'il avait supportée vaillamment, mais qui avait heureusement laissé jusque dans les derniers mois ses facultés intactes.

Il avait pu ainsi prendre part encore, six mois avant, aux travaux du Conseil supérieur d'hygiène, où son autorité était incontestable, surtout en matière d'hygiène publique et de toxicologie. Ceux qui l'ont connu ont pu apprécier sa vive intelligence, sa compréhension simple et rapide des cas qu'on lui soumettait, son affabilité quand on devait lui demander conseil. Il était pour ses élèves, non seulement un conseiller, mais aussi un ami affectueux qui se plaisait à les faire travailler.



Le professeur F. BORDAS.

Sa disparition sera vivement ressentie dans les milieux scientifiques français et étrangers auxquels il appartenait et qu'il savait admirablement diriger. Il est mort le 11 septembre, à Avignon, chez son fils, Jean Bordas,

ingénieur agronome, directeur de la Station de recherches agronomiques, où il était venu passer ses vacances. Depuis près d'un an, il avait donné quelques inquiétudes à son entourage qui l'avait forcé à interrompre son travail, pour prendre le repos auquel il se refusait et que sa vie consacrée constamment à des recherches scientifiques lui donnait le droit de prendre.

C'était un savant toujours préoccupé de perfection, et dont les rapports ou les articles minutieusement documentés servaient de guide et d'enseignement. Il était en plus artiste, faisant de la peinture, de la musique, arts dans lesquels il excellait et dans la pratique desquels il aimait à se délasser. Esprit ouvert et bienveillant, il se montrait particulièrement affectueux pour ses élèves ou pour ses amis, à qui il était toujours prêt à donner un conseil, un encouragement, avec cette simplicité qui lui était bien particulière et qui n'appartient qu'aux vrais savants.

Il était né au Pecq (Seine-et-Oise), le 1er janvier 1860, et avait quitté l'Europe avec ses parents, dès les premiers temps, pour aller à l'Ile Maurice où il fit ses premières études. C'est là qu'il prit connaissance des maladies et de l'hygiène des pays chauds, car il y resta jusqu'à l'âge de dix-huit ans. A ce moment, il revint en Angleterre, à l'Université de Cambridge, puis à Paris où il entra à l'Institut agronomique. Il prépara en même temps son doctorat en médecine et obtint son diplôme en 1883, non pas pour exercer, mais pour se consacrer aux travaux de laboratoire.

Il fut d'abord élève de Brouardel, mais son penchant naturel pour l'analyse chimique le fit désigner en 1888 pour le laboratoire de toxicologie, où il devint le collaborateur d'Ogier ; puis en 1894, pour le laboratoire municipal dont il fut sous-directeur en 1896. Il fit à ce moment avec Girard de nombreux travaux qui lui valurent d'être nommé, en 1903, directeur du laboratoire des Douanes et de la Garantie du ministère des Finances. Il dirigea ce dernier avec maîtrise et conscience jusqu'en 1932, année où sonna l'heure de la retraite. Pendant tout ce temps, il donna à ce laboratoire une importance considérable, et on peut dire qu'avec ses collaborateurs, Roux, Filaudeau, Toubeau, il en fit un organisme dont l'autorité fut universellement reconnue.

Dès le début, il avait eu à organiser le service de la répression des fraudes et des falsifications, travail délicat et difficile dont il s'acquitta si bien qu'il servit de base à la loi du 1er août 1905, dont on peut dire qu'elle fut son œuvre.

A partir de ce moment, l'hygiène devint l'objet principal de ses préoccupations, et dans tous les domaines, on retrouve son nom et ses travaux. Il en résulta pour lui un surcroît de travail, mais il était à la hauteur de toutes les tâches et sut briller dans toutes les fonctions auxquelles il devait être appelé. C'est ainsi qu'en 1903, il fut nommé inspecteur général adjoint des services techniques d'hygiène à la Préfecture de police, pour devenir inspecteur général en titre en 1915. En 1904, il était nommé professeur suppléant au Collège de France comme collaborateur du professeur d'Arsonval qui lui demanda en 1913 de diriger le laboratoire d'hydrologie et de climatologie du Collège de France ; là, il organisa avec son collaborateur Touplain un enseignement qui fut très suivi.

Mais, en dehors de ses travaux particuliers qui portent sur la plupart des sujets d'hygiène, — ceux sur le lait et les eaux sont à retenir et font autorité, — il donna au Conseil supérieur d'hygiène publique de France et au Comité consultatif des Arts et Manufactures auxquels il appartint dès 1907, de nombreux rapports sur les questions de toxicologie, d'hygiène alimentaire, d'hygiène publique, et présida avec sa bonté et sa logique coutumière, de nombreuses commissions. C'est encore à beaucoup de ses rapports qu'on est obligé de se référer, car souvent, tout en proposant une solution, il prévoyait une modification qui pourrait s'imposer au cours de l'évolution des idées en matière d'hygiène sociale. Il n'est pas utile d'en citer la liste, mais on peut rappeler ceux qu'il consacra à l'importante question des combustibles liquides pendant la guerre, car il fut mobilisé comme médecin principal et organisa avec dévouement et activité le service sanitaire et la désinfection du camp retranché de Paris, sans cesser pour cela de diriger le laboratoire des Douanes, qui, comme on le pense bien, ne lui laissait pas beaucoup de repos.

Désireux de faciliter à tous la recherche et la publication de leurs travaux, il fonda la Société des experts chimistes de France, et avec Eugène Roux, les *Annales des falsifications et des fraudes* qui est devenue une des revues scientifiques les plus recherchées en cette matière. Plus tard, il réorganisa les *Annales d'hygiène publique et sociale* que l'éditeur Georges Baillière lui avait demandé de diriger lorsqu'il scinda les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* en deux publications distinctes. Il fonda avec Tanon, Bruère et Neveu, la Société d'hygiène publique industrielle et sociale dont on sait le développement actuel. Il convient en plus de rappeler qu'il s'occupa avec dévouement de tout ce qui intéresse l'hygiène de l'enfance, dirigeant à la Préfecture de police les services techniques de la protection de l'enfance et organisant, en 1926, l'exposition de l'enfance qui eut un très grand succès. Enfin, en 1933, il fut l'initiateur et l'organisateur du Congrès de la route.

Tous ces efforts, tous ces travaux devaient avoir leur récompense, bien qu'il ne recherchât pas les honneurs. Il fut plusieurs fois lauréat de l'Institut, de l'Académie de médecine, de la Faculté de médecine ; il était Commandeur de la Légion d'honneur depuis 1911, Commandeur du Mérite agricole, médaille d'or des Epidémies et titulaire de plusieurs décorations étrangères. Il avait même été maintenu, après sa mise à la retraite, au Conseil supérieur d'hygiène en tant que conseiller technique du ministère.

Il est difficile de citer ici tous les travaux qu'il a faits. On ne peut que les classer en deux groupes principaux : recherches sur la chimie alimentaire, et travaux sur la physico-chimie, l'hygiène et la médecine légale. Il est l'auteur d'une nouvelle méthode d'analyse du lait qui fut publiée le 17 avril 1905 à l'Académie des sciences et qui est devenue la méthode officielle, ainsi que d'un procédé d'analyse des matières étrangères dans les chocolats. Un an plus tard, il fit une note qui fut très remarquée sur l'action du bromure de radium sur les pierres précieuses de la famille des aluminides (*C. R. Académie des sciences*, 28 octobre 1907). En matière d'hygiène, il faut rappeler ses remarquables recherches sur la désintégration de la matière organique par protéolyse microbienne qui servit

NÉCROLOGIE *(Suite)*

de base à toutes les modifications apportées au traitement des ordures ménagères, c'est-à-dire à l'assainissement d'une ville. On peut en dire autant de ses recherches en matière d'hydrologie, à propos de son invention, avec Touplain, d'un appareil portatif pour la résistivité des eaux, actuellement couramment utilisé par le Service des mines.

A côté de l'homme de science, il y avait aussi l'homme de cœur qui laisse à tous ceux qui l'ont connu des regrets plus vifs. C'est dans les services d'hygiène de la Préfecture de police que sa bonté avait le plus l'occasion de se manifester. Que de fois ne l'avons-nous pas vu devant une misère quelconque comme il s'en trouve chez les nourrices méritantes que les parents oublient de payer et qui ne veulent pas cependant abandonner l'enfant, sortir de sa poche de petites sommes pour que l'enfant ne manquât de rien et insister spécialement pour que ce don fût anonyme. Avec sa secrétaire, Mme Jouart, et le chef du bureau de la Protection de l'enfance, M. Marengo, il avait créé un petit vestiaire qui rendit des services importants et que la charité privée ou le dévouement de M. Foudet, qui succéda à Marengo, et de Mme Terrier permit d'alimenter pour le plus grand bien de la santé des enfants. C'est dans ce milieu qu'on pouvait apprécier toutes ses qualités d'entrain, de bonté, de gaieté, qui le font regretter partout où il était connu.

Il a eu le bonheur d'être entouré par sa famille, par ses collaborateurs fidèles, d'avoir pu se sentir pendant quelques années consolé de l'abandon des occupations scientifiques auxquelles il voulait toujours se livrer. Il aimait avoir autour de lui sa femme, ses enfants, dont l'un d'eux occupe aujourd'hui une situation médicale importante, et ses petits-enfants qu'il adorait et qui le lui rendaient.

Paris médical, auquel il avait rarement le temps de consacrer son activité, était un de ses journaux préférés. Il y trouvait des renseignements et une documentation qu'il appréciait. Sa perte y sera vivement ressentie.

L. Tanon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 novembre 1936.

Les abcès du poumon médicalement curables. — MM. Fernand Bezançon, Robert Azoulay et Pierre Bernal, de l'étude de 72 cas personnels, concluent à la bénignité relative d'un grand nombre de ces cas et à la nécessité, par suite, de discuter une fois de plus le pronostic général des abcès du poumon et de remettre en balance la possibilité de guérison spontanée ou médicale avec la gravité de certaines interventions chirurgicales. Leur statistique les conduit à un taux de 74 p. 100 de guérisons, mais ils ont bien soin de montrer combien les conditions particulières du recrutement de leurs malades sont différentes de celles des services hospitaliers, et, en particulier, des services spécialisés médico-chirurgicaux où n'entrent le plus souvent que les formes graves.

On a trop synthétisé le groupe des suppurations pulmonaires et, à défaut d'une classification scientifique prématurée, il faut essayer d'analyser les éléments qui permettent de fixer le pronostic et de préciser les indications chirurgicales.

La constatation de la putridité est sans valeur pronostique; de même, la notion d'embolies post-opératoires. Les modes de début diffèrent, de même l'état général qui peut être à certains moments très mauvais, alors qu'une grande vomique va assurer la guérison ; de même encore les caractères bactériologiques de l'expectoration.

L'examen radiologique, soit simple, soit surtout après injection de lipiodol répétée très fréquemment, leur paraît la technique la meilleure pour préciser la forme clinique, le siège, l'existence d'abcès collecté ou de suppurations diffuses, l'existence ou l'absence de lésions bronchiques importantes.

Les abcès corticaux, surtout quand la vomique tarde à se faire, les abcès cortico-pleuraux offrent les indications chirurgicales les meilleures.

Les abcès collectés, surtout lorsqu'ils sont centraux, guérissent presque toujours médicalement, mais il faudra souvent attendre avec patience la guérison spontanée.

La gangrène pulmonaire chronique à poussées successives relève précocement de la chirurgie, de la pneumonectomie en particulier.

Cette importante communication est suivie d'une intéressante discussion à laquelle participent MM. E. Sergent, Lemierre, Lemaître, Debré.

Déformation des dermatoses par les médicaments. — M. G. Milian. — Les médicaments ne modifient pas toujours les dermatoses dans le sens de la guérison ; ils peuvent les exacerber au début du traitement, — ou bien en faire sortir d'autres au cours de la médication. En outre, les propriétés physiologiques de ce médicament s'additionnent aux réactions d'exacerbation.

Par le traitement spécifique on peut voir :

La roséole devenir urticarienne, ou s'étaler en nappes, devenant ainsi méconnaissable.

Le lichen plan traité par les sels d'or peut devenir œdémateux, ou bulbeux ou même érosif sur les muqueuses.

Le streptocoque est souvent exacerbé par l'oxyde jaune de mercure avec des poussées érythémateuses qui simulent l'érythème mercuriel.

Au cours des traitements de la tuberculose, il est possible de voir sortir sous l'influence de l'or un lichen plan modifié, souvent difficile à reconnaître. La stomatite dite aurique n'est qu'un lichen plan buccal érosif.

Les érythèmes du neuvième jour sortis au cours des traitements arsenicaux ne sont pas toujours faciles à cataloguer, parce que augmentés par l'action vaso-dilatatoire, et il n'est pas toujours facile de dire s'ils sont scarlatiniformes, morbilliformes, etc...

M. Tanon. — Rapport sur les travaux concernant le Service de l'hygiène et des maladies contagieuses en 1935.

M. Tilmant. — Effets des glucosides des bourgeons de peuplier sur l'élimination de l'acide urique. (Présentation faite par M. Pouchet.)

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 6 novembre 1936.

Ostéopathie de carence au cours d'un scorbut fruste. — MM. A. Cain, R. Cattan et S. Hertz ont observé chez un malade cachectique, atteint d'hydarthrose très douloureuse, l'existence d'un purpura péripilaire, strictement localisé aux membres inférieurs et d'une gingivite discrète qui firent porter le diagnostic de scorbut fruste. La ponction des épanchements articulaires permet de retirer un liquide sanglant dont la coloration met en évidence une grande quantité de polynucléaires intacts. Les examens radiologiques des deux genoux montrent des plages de décalcification localisées, pseudo-cavitaires. Dans les jours qui suivirent l'entrée du malade à l'hôpital apparut en outre une épiphysite très douloureuse de l'extrémité supérieure du tibia gauche.

Tous ces symptômes cliniques et radiologiques rétrocédèrent rapidement sous l'action d'injections intraveineuses d'acide ascorbique.

Les auteurs insistent sur le caractère fruste de ce scorbut, sur les troubles mentaux et l'anémie concomitante et sur l'aspect très particulier des radiographies.

M. Pagniez est assez sceptique sur l'action de l'acide ascorbique que remplace facilement une alimentation substantielle ; l'épreuve thérapeutique n'est donc pas décisive.

M. Hallé souligne la facilité avec laquelle on fait disparaître le scorbut.

M. Armand-Delille souligne le même fait.

Séance du 13 novembre 1936.

Hypertension artérielle paroxystique dans un cas de pouls lent permanent. — M. Costédoat rapporte l'histoire d'un malade qui, atteint depuis cinq ans d'une dissociation auriculo-ventriculaire complète parfaitement bien tolérée, fut pris subitement d'une crise d'hypertension artérielle paroxystique. Quelques minutes après le début de la crise, des douleurs angineuses apparurent et, fait particulier, le pouls s'accéléra, alors que jusque-là la bradycardie s'était toujours maintenue très stable. L'accès dura un peu plus d'une demi-heure et fut suivi d'un retour à l'état antérieur.

Le mécanisme de cette tachycardie relative doit être rapporté dans ce cas à une augmentation de la pression sanguine à l'intérieur des ventricules, par analogie avec les résultats que l'on obtient chez l'animal lorsque, après avoir supprimé les relations fonctionnelles entre oreillettes et ventricules, on augmente la pression intraventriculaire, soit en pinçant l'aorte, soit en injectant de l'adrénaline.

Un nouveau cas d'acidocétose salicylée. — MM. H. Bénard, F.-P. Merklen et R. Fasquelle ont observé un nouveau cas d'acidose apparue au cours d'un traitement par le salicylate de soude malgré l'administration de doses égales de bicarbonate. Cette acidose s'accompagnait d'altérations nettes du fonctionnement hépatique et rénal, décelées en particulier par l'étude de la galactosurie provoquée, les rapports azoturique et azotémique, l'augmentation du temps de saignement, une légère albuminurie, un abaissement de l'élimination de la phénolsulfonephtaléine ; il s'agissait indiscutablement d'une acidocétose, avec abondante excrétion de corps cétoniques par l'urine et élévation considérable du chiffre des corps cétoniques du sang.

L'acido-cétose et les perturbations fonctionnelles hépatiques et rénales disparurent rapidement avec la suppression de la médication salicylée et l'administration de fortes doses de bicarbonate de soude. Ultérieurement, l'association au salicylate d'une dose double de bicarbonate permit la reprise d'un traitement salicylé à assez fortes doses.

Cette nouvelle observation vient confirmer la possibilité d'accidents d'acidocétose dus au salicylate de soude donné aux doses thérapeutiques courantes. Elle souligne l'intérêt qu'il y a à savoir dépister à temps l'apparition de tels accidents, à ne pas les confondre avec une poussée de rhumatisme cérébral qui indiquerait un redoublement de la médication salicylée, à donner en même temps que le salicylate, quelle que soit sa voie d'administration, une dose suffisante de bicarbonate.

M. Comby préconise l'emploi de doses modérées de salicylate.

M. Costédoat ne pense pas que les doses massives empêchent l'apparition des complications cardiaques.

M. Grenet pense également qu'il faut rester à des doses moyennes de salicylate.

Diagnostic du kala-azar par ponction ganglionnaire. — MM. P. Giraud, Montus, Sardon et Gaubert (Marseille) ont pratiqué dans deux cas de kala-azar infantile la ponction ganglionnaire qui s'est révélée dans deux cas un moyen simple, non douloureux et fidèle pour la mise en évidence des parasites. Cette ponction peut être répétée en série pour suivre la disparition des parasites. Chez un adulte, l'absence d'hypertrophie des ganglions la conduit à un échec et il a fallu recourir à la ponction de la rate. Les parasites ont, dans les ganglions, une morphologie aussi classique que dans la rate ou la moelle osseuse.

M. Bariéty confirme le caractère typique des leishmanioses sur ces préparations.

M. P.-E. Weil apporte la même confirmation. Il montre cependant que la ponction ganglionnaire est moins sensible que la ponction médullaire, moins sensible elle-même que la ponction splénique. Il existe à Paris des cas autochtones de kala-azar. La ponction ganglionnaire est surtout intéressante chez le jeune enfant, chez qui la ponction splénique est difficile.

Cytotéatonécrose prémammaire et épiploique. — M. Nicaud montre que ces lésions graisseuses sont caractérisées par un aspect de tache de bougie dû à la transformation des graisses neutres en acide gras. Le premier stade est un stade de saponification progressive et s'accompagne de modifications cellulaires. Des cellules de type spongieux apparaissent sur la marge des cellules graisseuses ; ces cellules spongieuses augmentent de volume, prennent un type macrophagique et sont destinées à phagocyter les graisses modifiées. Dans un second stade apparaissent les lésions d'organisation traduisant les réactions défensives contre les acides gras. Ce stade est caractérisé par l'apparition des volumineux macrophages et les cellules géantes quelquefois énormes, véritables plasmodes multinucléés. Dans le protoplasma on peut

reconnaître des gouttelettes graisseuses dispersées ou des cristaux d'acide gras. Plus tard encore apparaissent les fibroblastes et l'organisation fibreuse. Les nodules fibreux peuvent contenir des savons calcifiés.

Le processus de cytostéatonécrose peut se voir dans le tissu graisseux sous-cutané, la région mammaire et dans les replis épiploïques et succède toujours à un traumatisme qui provoque la rupture des cellules graisseuses et une effraction vasculaire. Les graisses issues des cellules rompues sont transformées par la lipase du sang en savons et en acide gras. Pour les replis épiploïques souvent pédiculés l'ischémie peut provoquer l'autolyse des cellules graisseuses avec précipitation de lipase. Ces lésions ont pu être réalisées au point de vue expérimental par Farr.

La cytostéatonécrose sous-cutanée traumatique des nouveau-nés paraît beaucoup plus fréquente que celle de l'adulte.

M. FIESSINGER souligne les rapports qui existent entre la cytostéatonécrose ou mieux la cytostéatolyse superficielle et la pancréatite. Seule la lipase conjonctive peut agir ; la lipase sanguine ne digère pas les graisses neutres.

M. HALLÉ montre que chez l'enfant il est tout à fait exceptionnel qu'on arrive à des nécroses. L'évolution vers la guérison est la règle. Il ne s'agit pas de traumatisme, mais vraisemblablement d'une prédisposition congénitale.

Sur un nouveau cas de fièvre boutonneuse observé à Paris. — MM. GEORGES BOUDIN et P. RAMBERT rapportent une observation typique de fièvre boutonneuse du littoral méditerranéen qu'ils ont observée cet été à Paris sur un malade arrivé quelques jours plus tôt d'Avignon. Ils insistent sur le jeune âge de leur malade (seize ans), sur l'importance de la réaction méningée et sur la présence d'une hyperazotémie passagère.

M. GRENET a observé un cas analogue, mais sans escarre.

Les manifestations nerveuses au cours de la fièvre boutonneuse méditerranéenne. — MM. P. ANGIER et P. DURANDY (Nice).

Un cas de sprue. — MM. L. BABONNEIX, M. DUVOIR et L. POLLET rapportent un cas de sprue qui, après l'échec des médications habituelles, guérit rapidement lorsqu'on eut mis le malade aux légumes et aux fruits frais. Ils avaient déjà essayé avec succès, dans un autre cas, cette technique, que peut expliquer, soit une avitaminose indéterminée, soit, plutôt, la notion d'acidose. On sait, en effet, que dans la maladie cœliaque des nourrissons, si voisine de la sprue de l'adulte, et, comme elle, rebelle à toute thérapeutique, il existe une acidose nette, que combattent heureusement les fruits frais : oranges, citrons, raisins, framboises et certains légumes : choux et choux fleurs, épinards, tomates, cuits à l'étouffée, ou leurs jus crus.

M. BRULÉ pense que la sprue est une avitaminose d'absorption qui peut être secondaire à des affections très diverses. Il pense que ce cas diffère des cas classiques.

M. HALLÉ voit chaque année trois ou quatre missionnaires renvoyés en France pour sprue. Cette affection est toujours secondaire à divers troubles gastro-intestinaux. L'amélioration commence sur le bateau et la guérison est complète en quelques mois par une simple alimentation substantielle.

M. COSTÉDOAT souligne les heureux effets du traitement opothérapique.

Maladie éruptive à forme d'érythème papuleux. — MM. MILIAN, GARNIER et GRUPPER ont observé une maladie éruptive très spéciale caractérisée par une angine, une fébricule et une éruption papuleuse formée de têtes d'épingle rosées, un peu œdémateuses, disposées en collier sur toute la surface du corps : la guérison survint en quelques semaines à un mois. L'étude du sang montrait une leucocytose à type de monocytose. Histologiquement, il s'agissait d'une réaction conjonctive avec grosse infiltration endothéliale et présence de monocytes dans la lumière des vaisseaux.

Dysostose cleido-cranienne avec malformations vertébrales multiples et troubles nerveux. Caractère familial des malformations. — MM. P. LÉCHELLE, A. THÉVENARD et H. MIGNOT présentent un cas de maladie de MM. Pierre Marie et P. Sainton ; aux symptômes principaux de la dysostose cleido-cranienne héréditaire (aplasie de la partie moyenne de la clavicule ; retard à la suture des fontanelles entraînant un élargissement du diamètre transversal du crâne) s'associe toute une série de malformations déjà plusieurs fois signalées, telles les malformations dentaires, la petitesse de la taille, la diminution des sinus de la face, la décalcification des os longs. Il n'existe pas dans la famille du malade d'autre cas de dysostose cleido-cranienne, mais son fils âgé de quinze ans est encore énurésique et présente un spina bifida sacré.

Ce qui est particulier au cas ici rapporté, c'est l'existence de dystrophies étagées tout le long du rachis (aspect bifide des apophyses épineuses, spina bifida de C^7 D^1, scoliose dorsale supérieure, spina de L^5, lombarisation de S^1) et d'autre part la constatation de symptômes nerveux (anesthésie en selle, énurésie, phénomènes de dérobement des jambes) qui permettent d'affirmer une atteinte médullaire et font craindre l'apparition d'une syringomyélie.

Nécrologie. — Le président lit une notice nécrologique sur M. GAILLIARD, membre honoraire de la Société, récemment décédé.

JEAN LEREBOULLET.



REVUE DES CONGRÈS

LE XIVe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD

Les indications opératoires dans les ulcères gastro-duodénaux.

Par MERCIER-FAUTEUX

Le rapporteur, au début de son travail, rappelle que les indications opératoires ne se posent que lorsque le traitement médical a échoué. Nous n'avons aucune raison valable, dit-il, nous autorisant à pratiquer une intervention gastrique ou duodénale, même la plus simple et la plus conservatrice, avant que le traitement médical se soit montré nettement insuffisant, car aucune intervention n'est pas sans présenter certains éléments de danger.

Tout malade demande d'être guéri avec le minimum d'ennuis et de risques ; c'est pourquoi l'on doit donner la préséance au traitement médical.

Lorsque ce dernier n'a pas donné les résultats espérés après un temps d'épreuve raisonnable, il y a lieu de discuter les avantages d'une opération chirurgicale. Dans l'ulcère duodénal, il donne la préférence aux interventions réalisant l'exérèse de l'ulcère et le rétablissement du transit gastro-duodénal. Si l'ulcère siège sur la face antérieure du duodénum, il pratique la duodéno-sphinctérectomie de Judd, chaque fois que les conditions locales le permettent ; si les ulcères sont multiples, siégeant à la fois sur la face antérieure et la face postérieure, il fait la duodénectomie partielle. En somme, la gastro-entérostomie, d'après le rapporteur, est une opération à n'utiliser que lorsque les autres ne sont pas possibles ; il l'a abandonnée parce qu'elle laisse l'ulcère en place et expose à des ulcères peptiques de la bouche dans des proportions beaucoup plus élevées que semblent le croire certains auteurs.

Dans l'ulcère gastrique, il considère que le traitement médical ne doit pas être continué plus que quelques semaines s'il ne donne pas de résultats, vu la difficulté où nous sommes de différencier au stade de début une ulcération bénigne d'une ulcération maligne. Une fois l'indication opératoire posée, la gastrectomie partielle, chaque fois qu'elle peut être réalisée, lui apparaît comme l'intervention de choix, donnant des résultats immédiats et éloignés beaucoup plus satisfaisants que la simple gastro-entérostomie. A la suite de beaucoup d'autres chirurgiens, il ne croit pas que cette opération soit aussi grave qu'on la présente dans certains milieux, si le chirurgien choisit bien ses cas, les prépare adéquatement et possède une technique irréprochable.

Assemblées du Conseil de l'A. M. L. F. A. N. — Ces assemblées eurent lieu les 7 et 9 septembre, sous la présidence du directeur général, M. Valin. Différentes résolutions furent votées et on procéda à la nomination des membres de nouveaux comités : le Comité d'hygiène, le Comité de la lutte antituberculeuse et le Comité des hôpitaux. Ces comités renseigneront les autorités gouvernementales à propos des questions qui touchent à la santé publique.

Congrès de 1938. — A la dernière assemblée, le Conseil a décidé que le prochain congrès aurait lieu à Ottawa-Hull, en septembre 1938, sous la présidence de M. J.-H. Lapointe.

Soirées médico-sociales. — Deux soirées auxquelles le public était invité furent données au cours du XIVe Congrès. La première eut lieu le 7 septembre. MM. Baudouin, Frappier, Guilbeault et Lasalle-Laberge étudièrent la question du BCG et du Placement familial.

La seconde soirée fut consacrée à l'enseignement pratique de l'hygiène. De gracieuses petites Canadiennes-Françaises interprétèrent des saynètes et des sketches tirés de l'œuvre de propagande de M. Adrien Plouffe, médecin hygiéniste.

Réceptions et banquets. — Plusieurs réceptions accompagnèrent le Congrès. Le président, M. Jarry, et les officiers du XIVe Congrès reçurent les congressistes, le 9 septembre. Soirée de gala au Cinéma de Paris. Déjeuner d'honneur, les 7, 8 et 9 septembre. Le banquet officiel eut lieu jeudi soir, le 10 septembre. MM. Jarry, Valin, Lapointe, Maurault (recteur de l'Université de Montréal), Sorrel et Vidal portèrent des toasts. Ce banquet fut suivi d'un bal dans le « Rose Room » de l'hôtel Windsor.

XLVe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

5-10 *octobre* 1936.

Le lundi 5 octobre, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, s'est ouvert le 45e Congrès français de chirurgie. Le général Gamelin, chef d'Etat-major général de l'armée, occupait la présidence d'honneur.

A ses côtés avaient pris place le médecin général inspecteur Rouvillois, président du Comité technique de santé, président du 45e Congrès ; M. Cavalier, directeur de l'Enseignement supérieur ; M. Charléty, recteur ; M. Roussy, doyen ; M. Hartmann, président de l'Association française de chirurgie ; les médecins inspecteurs généraux Dopter et Lévy ; le médecin général de première classe de la marine Oudart ; le professeur Grégoire, secrétaire général du Congrès.

Dans l'amphithéâtre, une assistance particulièrement sympathique et vibrante.

Le médecin inspecteur général Rouvillois prit le premier la parole.

Après avoir adressé au général Gamelin l'hommage des chirurgiens de France, qui tous ont appartenu ou appartiennent au cadre de réserve du corps de santé militaire, M. Rouvillois exprime ses regrets de l'absence de Pauchet, qui devait cette année présider le Congrès.

Suivant la tradition, le président rappelle le souvenir des disparus au cours de l'année.

Ces pieux devoirs remplis, M. Rouvillois aborde le sujet de son discours : *la Chirurgie de guerre.*

L'orateur rappelle ensuite les mesures prophylactiques à prendre en tout état de cause. En première ligne les vaccinations associées antitypho-paratyphoïdique, antidiphtérique et antitétanique.

M. Rouvillois étudie ensuite quelques grosses ques-

tions : la gangrène gazeuse, la transfusion et les réserves de sang, enfin la chirurgie des blessés gazés. Le problème de l'anesthésie pour les gazés est capital.

Puis M. Rouvillois étudie la constitution des équipes chirurgicales. Enfin il fait connaître l'organisation de nouvelles formations plus légères, plus mobiles et interchangeables. Quant aux moyens de transport par automobiles, par trains sanitaires, par automotrices ou par avions sanitaires, ils ont aussi bénéficié de progrès très importants.

Après avoir ainsi envisagé des éventualités redoutables, M. Rouvillois exprime le désir que la collaboration entre le cadre actif du service de santé et celui des réserves soit de plus en plus étroite.

Le magnifique discours de M. Rouvillois, écouté avec une attention très marquée, a été salué par des applaudissements répétés.

Le secrétaire général, M. Grégoire, donna ensuite lecture du rapport habituel.

Enfin, le général Gamelin, après avoir exalté le rôle du médecin militaire, déclara ouvert le 45e Congrès de chirurgie.

Les résultats des greffes ovariennes.

Rapporteurs : MM. P. Mocquot (Paris) et Cotte (Lyon).

Les recherches expérimentales poursuivies depuis cinquante ans sur l'animal, les opérations pratiquées depuis le même temps chez la femme par les chirurgiens de tous les pays, montrent que les greffes ovariennes ne sont pas toujours sans résultats heureux.

Certes, les échecs sont nombreux, qui tiennent surtout à une technique défectueuse lors du prélèvement des greffes ; mais au total, si l'on tient compte des difficultés forcément inhérentes à toute opération de nature physiologique, il n'en est pas moins intéressant :

1° *De constater les résultats obtenus* ;

2° *De s'efforcer d'améliorer la technique pour que ceux-ci deviennent meilleurs.*

Du point de vue des greffons, il importe de distinguer :

Les auto-greffes,
Les homo-greffes,
Les hétéro-greffes.

Les auto-greffes, seules ou à peu près seules, se sont révélées comme ayant une valeur biologique certaine.

Les homo-greffes, tentées chez des animaux de même espèce, ont donné parfois des résultats heureux, mais, appliquées chez la femme, les succès sont discutables.

Quant aux hétéro-greffes, tous les auteurs s'accordent pour les considérer comme fatalement résorbables.

Cette condamnation des homo et des hétéro-greffes n'est pas du reste sans appel ; les unes et les autres rendront exceptionnellement des services quand on les appliquera à bon escient, avec une indication bien étudiée et bien légitime.

A. Les greffes ovariennes dans le traitement de la stérilité d'origine tubaire. — L'utérus et les ovaires sont peu touchés. On peut les conserver. Cependant, les trompes oblitérées présentent des lésions qui s'opposent à toute tentative conservatrice. La salpingectomie s'impose.

On peut conserver avec l'utérus, un ovaire ; la persistance des règles sera assurée. Mais on peut essayer de faire mieux : rétablir la fonction conceptionnelle, et ceci, en greffant l'ovaire (*in utero*). L'idée première en semble remonter à Tuffier, qui laissait dans la matrice un ovaire libre. Les résultats se montrèrent quelconques. D'exécution facile, une telle greffe était à peu près nulle physiologiquement parlant, et Tuffier abandonna très vite cette technique.

Este eut l'idée d'utiliser une incision oblique de la corne utérine et de fixer l'ovaire à son contact. Il eut quelque succès. Il est préférable d'implanter la plante munie de son pédicule dans la cavité utérine. S'il est nécessaire, le volume du greffon sera réduit grâce à une résection plus ou moins étendue.

Cette technique est d'exécution facile. L'implantation ovarienne peut être rendue plus aisée encore si l'on a soin de dilater le fond de la matrice en passant d'une corne utérine à l'autre une bougie de Hégar qui fait, pour ainsi dire, le chemin au greffon. On voit la menstruation se poursuivre normalement ; l'ovaire ne s'élimine jamais.

En présence d'un hydrosalpinx volumineux, l'opérateur pourrait être tenté de pratiquer une inclusion intratubaire de l'ovaire.

Les chances de fécondation ne seraient pas augmentées de ce fait, en raison des altérations que présente dans ces conditions la muqueuse de la trompe, en raison également des lésions de la musculeuse qui empêchent tout mouvement péristaltique favorisant normalement la migration de l'œuf fécondé, et peut-être toute fécondation.

Même dans ces cas il demeure préférable de procéder à l'ablation des trompes malades et de fixer l'ovaire muni de son pédicule dans l'utérus.

Une opération se juge par ses résultats. Celle-ci, dans toutes les statistiques, s'avère comme susceptible d'augmenter le nombre des grossesses consécutives.

L'implantation ovarienne dans l'utérus après ablation de la trompe donne 10 p. 100 de grossesses ultérieures, contre 2 p. 100 que donne la salpingostomie classique.

B. Les greffes ovariennes dans le traitement préventif des troubles consécutifs a la castration. — Si l'on admet que la castration amène toujours chez la femme des troubles plus ou moins importants, et que, d'autre part, la greffe de fragment d'ovaire suffit à les prévenir, l'indication des greffes mériterait à peine d'être discutée, et il n'y aurait guère qu'à en étudier les possibilités dans la pratique courante.

Mais le problème est autrement compliqué. Il semble que les échecs soient dus surtout à des erreurs de technique ou tout au moins à l'insuffisance de ces techniques.

A supposer que le fragment d'ovaire soit susceptible de prospérer, reste l'importante question de l'endroit où il convient de faire cette greffe. Le tissu cellulaire sous-cutané, la gaine des droits, la cavité péritonéale ont été choisis tour à tour, par tous les chirurgiens. Quelle est celle de ces régions qui assurera le maximum de chance à la prospérité du greffon ?

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

A vrai dire, les opérateurs se sont souvent laissé guider par des considérations d'ordre uniquement chirurgical, installant les greffons là où les risques de mortalité opératoire semblaient réduits à leur minimum. Il eût mieux valu tenir compte de données biologiques rigoureuses.

Certains procédés ménagent mieux que d'autres la ponte ovulaire. La conservation d'un fragment de muqueuse utérine ne joue-t-elle pas un rôle important sur le fonctionnement ultérieur de l'ovaire ?

Ces problèmes n'ont pas reçu de solutions satisfaisantes. Pourtant, c'est uniquement de ces solutions « biologiques » que dépend l'efficacité des greffes que nous pratiquons.

Au surplus, la castration n'est pas toujours et fatalement suivie de troubles importants, et si ces troubles apparaissent, est-il légitime de faire tant d'efforts pour les éviter ?

En quoi consistent ces troubles ?

Il s'agit de modifications vaso-motrices ou cardio-vasculaires, de bouffées de chaleur, tachycardies, hypertension troubles neuro-végétatifs, névralgies, cellulite, céphalée, vertiges, prurit, adiposité, modifications du caractère, troubles de l'instinct sexuel et du fonctionnement endocrinien.

La vérité est que ce tableau est rarement très accusé, mais que toute femme castrée cesse d'être absolument normale.

La conclusion est que toute intervention doit s'efforcer de demeurer conservatrice et tendre à éviter l'usage des greffes.

Pourtant, des cas persisteront où la castration s'imposera. La greffe de l'ovaire en plein tissu épiploïque semble être la méthode de choix. La glande y survit mieux que partout ailleurs, et dans tous les cas elle y demeure à l'abri de ces adhérences douloureuses qui sont à la base de tous les troubles observés.

Il faudra s'efforcer, dans le traitement des annexites, de garder, avec un fragment d'ovaire, l'utérus lui-même. Ainsi sera assurée la fonction menstruelle qui constitue la meilleure protection contre les accidents graves de la castration.

La castration totale sans correctif est toujours pour la femme une mutilation sérieuse ; chez la femme jeune elle équivaut à un désastre. Une technique réfléchie et raisonnée peut partiellement y remédier. Certes, ce n'est pas là une chirurgie du moindre effort ; mais elle est de celles qui contribuent le plus à nous donner les satisfactions morales qui resteront malgré tout la plus belle récompense de notre activité.

Les homo-greffes, nous devons le répéter, sont à peu près vouées à se résorber. Nos techniques n'assurent pas la vie de la greffe ; on en arrive parfois à se demander si la méthode ne devrait pas être abandonnée. L'arsenal thérapeutique, surtout depuis que nous disposons de la *folliculine* et de la *progestérine*, peut donner des résultats bien supérieurs à ceux qui suivent les greffes. A ce sujet, il importe de souligner que l'ovaire ne fonctionnera vraiment que si l'on fait intervenir l'action du lobe antérieur de l'hypophyse. Si donc on devait recourir à la méthode des greffes, ce serait aux greffes hétéroplastiques du lobe antérieur de l'hypophyse qu'il conviendrait de donner la préférence.

Quoi qu'il en soit, si la greffe homoplastique n'a par elle-même qu'une valeur thérapeutique discutable, il est hors de doute que l'intervention qu'elle implique a souvent une réelle efficacité. Nombre d'aménorrhées ont été guéries à la suite d'une appendicectomie, d'une résection ovarienne, d'une fixation ligamentaire, d'une sympathectomie, voire même d'une simple laparotomie exploratrice.

L'explication est malaisée. Leriche invoque les effets vasodilatateurs qui suivent toute intervention. On comprend dans ces conditions que l'inclusion de greffes ovariennes dans l'ovaire, par l'excitation purement mécanique et locale qu'elle provoque, compte parmi les meilleurs procédés de greffes qu'on connaisse ; il en est de même pour le testicule.

Les rapporteurs pensent que si les greffes homoplastiques tendent à être abandonnées, ce serait une erreur de ne pas savoir mettre à profit les avantages que donne la laparotomie. Elle permet en effet de faire l'inventaire de l'appareil génital, de corriger ou supprimer toutes lésions découvertes, et par surcroît de déclencher souvent un nouveau fonctionnement de la glande ovarienne.

Mais, au total, la greffe homoplastique ne prendra un intérêt pratique que le jour où les progrès biologiques nous permettront d'assurer la survivance du greffon.

Les hétéro-greffes se sont montrées actives parfois, mais cette activité n'a jamais été que temporaire.

Actuellement, quand on parle d'hétéro-greffes, on a en vue surtout les greffes de revitalisation de l'organisme. On les pratique dans le but de réparer la dégradation physique due à l'âge et dans le but de réveiller la sexualité. Quand il s'agit de greffes d'ovaire, le résultat est moins certain que lorsqu'il s'agit de greffes testiculaires ; aussi en arrive-t-on à se demander avec Gley si, même chez la femme, il n'y aurait pas avantage à pratiquer des greffes de testicule, d'autant que celui-ci renferme des quantités considérables de folliculine et que son action dynamogénique est bien supérieure à celle de l'ovaire.

Le fait même que la sexualité chez la femme se masculinise avec l'âge, pourrait justifier cette tentative.

En ce qui concerne la vieillesse prématurée, en admettant que nous ayons un jour des hormones dont les effets thérapeutiques soient meilleurs et plus prolongés que ceux obtenus jusqu'ici avec les greffes hétéroplastiques, il faudrait, pour justifier leur utilisation, démontrer que ces états dépendent bien de l'arrêt de fonctionnement des glandes génitales.

Malheureusement, l'expérience prouve qu'il ne suffit pas d'implanter dans l'organisme vieilli des glandes jeunes pour enrayer l'apparition de la vieillesse. C'est que des modifications humorales profondes se produisent, qui demeurent sous la dépendance des sécrétions endocriniennes, de toutes les sécrétions endocriniennes. Ainsi, pour avoir des résultats plus durables, faudrait-il chercher non seulement à réactiver les glandes génitales, mais encore à modifier le milieu humoral, en agissant sur tout l'appareil endocrinien, afin de ramener ce milieu à ce qu'il était avant la ménopause.

Discussion.

M. Dziembowski (de Pologne). — La plupart des gynécologues polonais pensent que l'effet des greffes ovariennes

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

ne peut être que transitoire, car elles sont toujours rapidement résorbées. Elles n'agissent que comme réserves d'hormones, et la thérapeutique médicale opothérapique, à condition d'être bien dirigée, demeure supérieure quant aux résultats à toutes greffes organiques.

En dépit de cette opinion couramment acceptée en Pologne, l'auteur exprime un avis contraire. Les greffes d'ovaire, d'après son expérience clinique, ont une vitalité incontestable. Les hémorragies qui se produisent périodiquement par certaines fistules consécutives à des interventions ayant porté sur la sphère génitale et qui constituent comme autant de greffes involontaires, sont la preuve de la survie du greffon.

M. Douay (de Paris) pense qu'il convient de conserver toujours, en place normale si possible, tout ovaire qui paraît sain. Si cet ovaire est suspect, il faut le supprimer partiellement. Dans les cas d'hétéro-greffes, il n'est pas nécessaire que l'ovaire provienne d'une jeune femme. La greffe pratiquée dans la grande lèvre est d'exécution facile et a toujours donné à l'auteur des résultats satisfaisants.

Sur 167 cas observés de 1928 à 1934 et 128 suivis jusqu'à maintenant, on note 11 p. 100 d'échecs, 71 p. 100 de succès.

M. Knudtzon (de Copenhague) a pratiqué 17 fois l'auto-greffe par la méthode de Douay, chez des malades dont l'âge varie de dix-neuf à quarante-deux ans. Deux fois, l'opération pratiquée était une hystérectomie subtotale ; les huit autres fois, l'utérus avait été conservé après ablation des annexes.

Il y eut un échec complet, un succès partiel, huit succès.

Les résultats éloignés se résument comme suit : une malade perdue de vue, deux reprises de troubles de castration vers le 7e, 8e ou 9e mois ; enfin persistance des bons effets de la greffe chez six malades depuis dix à trente-deux mois.

M. Marro (de Turin), emploie depuis dix ans la greffe totale de l'ovaire qu'il fend en deux dans le sens sagittal, bord libre excepté.

L'ovaire ainsi préparé vient enserrer le pédicule de la glande enlevée. Ce sont les fils de la ligature de ce pédicule qui, traversant le bord libre de l'ovaire, assurent la fixation du greffon.

L'ovaire ainsi greffé est fixé dans un second temps au ligament large avivé au préalable. Cette technique paraît supérieure à toutes greffes pratiquées dans les muscles droits, les grandes lèvres, l'utérus, l'épiploon.

L'auteur expose trois observations, dont l'une relate une grossesse normale consécutive.

M. Chalier (de Lyon) est d'avis que les indications de la greffe doivent être de plus en plus limitées, car on doit s'efforcer toujours de pratiquer une chirurgie aussi conservatrice que possible.

Cependant, vingt-huit fois l'auteur a pratiqué la greffe ovarienne suivant la technique de Douay, en y apportant du reste quelques modifications. Vingt-trois fois il s'agissait de fibromes, cinq fois de lésions annexielles. Les résultats ont été bons.

M. Delagenière (du Mans). — La valeur de la greffe ovarienne dépend surtout de l'état de l'utérus conservé. Il importe cependant de fixer l'ovaire aussi près que possible de la matrice.

Si l'utérus a dû être supprimé, peu importe la greffe ovarienne. Contrairement à l'opinion courante, l'ovaire est sans action prouvée sur la morphologie, la vie intime, l'équilibre mental de la femme.

M. Sénéchal (de Paris) estime qu'on peut toujours, sauf exception, conserver un fragment d'ovaire sain pour éviter les troubles de la castration. Il expose sa technique de fixation des ovaires conservés en totalité ou en partie avec leur pédicule.

M. Ferey (de Saint-Malo). — Depuis quinze ans, l'auteur, dans l'ablation des fibromes, conserve toujours en entier ovaires et trompes. Les résultats sont excellents. Ainsi sont évités la plupart des troubles de la ménopause chirurgicale. La statistique comprend 496 hystérectomies.

Dariau.

NOUVELLES

Clinique obstétricale (Clinique Baudelocque, 121, boulevard de Port-Royal). — M. le professeur Couvelaire a repris son cours de clinique le vendredi 13 novembre, à 11 heures, et le continue les lundis et vendredis suivants à la même heure.

Lundi : Discussion d'observations cliniques.

Vendredi : Présentation de malades.

Cours de médecine légale (novembre et décembre 1936). — M. le professeur Hugueney, de la Faculté de droit, commence son cours le samedi 14 novembre 1936, à 18 h. au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine ; le cours a lieu tous les samedis de novembre et décembre.

Sujet du cours. — Législation et jurisprudence médicales.

Cours de clinique chirurgicale (Hospice de la Salpêtrière). — Professeur : M. A. Gosset.

M. le professeur A. Gosset a commencé son cours de clinique chirurgicale le jeudi 12 novembre 1936, à 11 h. 15, et le continue les jeudis suivants, à la même heure.

Institut de puériculture (fondation de la Ville de Paris et du département de la Seine). — Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau, Paris (XIVe). — M. le professeur Lereboullet.

Le cours de puériculture destiné aux dames et jeunes filles a commencé le jeudi 12 novembre 1936, à 10 heures (salle des cours du Pavillon Pasteur), et se continue, chaque jeudi, à la même heure.

Des démonstrations pratiques auront lieu le même jour, de 9 heures à 10 heures, avec la collaboration du personnel de l'Institut.

Cet enseignement est gratuit, mais, le nombre des élèves étant limité, il est nécessaire de s'inscrire au laboratoire (hospice des Enfants-Assistés), tous les jours sauf le dimanche, de 9 à 11 heures, à partir du 16 octobre.

Chaire d'histologie. — M. le professeur Mulon a commencé son cours le vendredi 13 novembre 1936, à 17 heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continue les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : *La cellule et les tissus* (cytologie

NOUVELLES *(Suite)*

générale, épithéliums, tissus de soutien, sang, muscles, tissu nerveux, cellules reproductrices, organes hématopoiétiques et lymphoïdes, appareil respiratoire).

Hygiène et clinique de la première enfance (Clinique Parrot) : M. le professeur P. LEREBOULLET). — Mercredi 25 novembre 1936, à 11 heures : Professeur Lereboullet, Leçon clinique : Les bases de l'alimentation dans la première année.

Thèses de la Faculté de médecine de Paris. — 18 *Novembre.* — M. Pujol-Ségalat : L'absence congénitale du tibia et les difformités consécutives.

19 *Novembre.* — M. Suau : Etude des kystes dits synoviaux. — M. Laurence : Etude des différents syndromes cardiaques observés au cours des anémies.

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

21 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôtel-Dieu. Clinique médicale, 10 h. 30. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

21 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique obstétricale Tarnier, 10 h. 30. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

21 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôtel-Dieu. Clinique chirurgicale, 10 heures. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

21 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades. Clinique de médecine infantile, 9 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

21 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades. Clinique chirurgicale infantile, 10 h. 30. M. le professeur OMBRÉDANNE : Leçon clinique.

21 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Cochin. Clinique orthopédique, 10 heures. M. le professeur MATHIEU : Leçon clinique.

22 NOVEMBRE. — *Paris.* Asile Sainte-Anne. Clinique des maladies mentales, 10 h. 30. M. le professeur CLAUDE : Leçon clinique.

23 NOVEMBRE. — *Paris.* Ecole du Val-de-Grâce. Concours de médecin sous-lieutenant de l'armée active.

24 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine, 11 heures. M. le professeur GRÉGOIRE : Leçon clinique.

25 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique de la Première Enfance. Hospice des Enfants-Assistés, 10 h. 45. M. le professeur LEREBOULLET : Leçon clinique.

25 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Broussais. Clinique propédeutique, 11 heures. M. le professeur SERGENT : Leçon clinique.

25 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Saint-Louis, 21 h. 30. M. le professeur GOUGEROT : Leçon clinique.

25 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Saint-Antoine. Clinique médicale, 11 heures. M. le professeur CLERC : Leçon clinique.

25 NOVEMBRE. — *Alger.* Concours de pharmacien de l'hôpital de Miliana.

25 NOVEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Clôture du registre d'inscription des candidats au concours de l'externat des hôpitaux de Paris.

25 NOVEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture d'un concours pour la nomination à deux places de stomatologue des hôpitaux.

26 NOVEMBRE. — *Paris.* Mairie du VIe, 20 h. 30. Société végétarienne. M. le Dr CHAUVOIS : L'alimentation du moteur humain.

25 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Broussais. Clinique cardiologique. M. le professeur LAUBRY : Leçon clinique.

26 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Cochin. Clinique chirurgicale, 10 heures. M. le professeur LENORMANT : Leçon clinique.

26 NOVEMBRE. — *Paris.* Hospice de la Salpêtrière. Clinique chirurgicale, 11 h. 15. M. le professeur GOSSET : Leçon clinique.

26 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Claude-Bernard. Clinique des maladies infectieuses, 11 heures. M. le professeur LEMIERRE : Leçon clinique.

26 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, 11 heures. M. le professeur LOEPER : Leçon clinique.

26 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital de la Pitié. Clinique thérapeutique médicale, 10 h. 30. M. le professeur RATHERY : Leçon clinique.

26 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital de la Pitié. Clinique obstétricale, 11 heures. M. le professeur JEANNIN : Leçon clinique.

26 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Necker. Clinique urologique, 10 heures. M. le professeur MARION : Leçon clinique.

26 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Lariboisière, 10 h. 30. M. le professeur LEMAITRE : Leçon clinique.

27 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôtel-Dieu. Clinique ophtalmologique, 10 h. 30. M. le professeur TERRIEN : Leçon clinique.

27 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique obstétricale Baudelocque, 11 heures. M. le professeur COUVELAIRE : Leçon clinique.

27 NOVEMBRE. — *Paris.* Hospice de la Salpêtrière. Clinique neurologique, 10 h. 30. M. le professeur GUILLAIN : Leçon clinique.

27 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Laennec. Clinique de la tuberculose, 11 heures. M. le professeur BEZANÇON : Leçon clinique.

28 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôtel-Dieu. Clinique médicale, 10 h. 30. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

28 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique obstétricale Tarnier, 10 h. 30. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

28 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôtel-Dieu. Clinique chirurgicale, 10 heures. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

28 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades. Clinique de médecine infantile, 9 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

28 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades. Clinique chirurgicale infantile, 10 h. 30. M. le professeur OMBRÉDANNE : Leçon clinique.

28 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Cochin. Clinique orthopédique, 10 heures. M. le professeur MATHIEU : Leçon clinique.

29 NOVEMBRE. — *Paris.* Asile Sainte-Anne. Clinique des maladies mentales, 10 h. 30. M. le professeur CLAUDE : Leçon clinique.

30 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale propédeutique de l'hôpital Broussais la Charité, 56, rue Didot. M. le professeur Emile SERGENT : Cours de perfectionnement sur les suppurations bronchiques, pulmonaires et pleurales.

30 NOVEMBRE. — *Alger.* Concours de médecin adjoint de l'hôpital de Bône.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

ÉVOLUTION DE LA CHRYSOTHÉRAPIE

Des règles contradictoires. La chimiothérapie de l'or, comme celle d'ailleurs de tous les métaux lourds, présente des difficultés de réalisation qui imposent des règles, dont, jusqu'à présent, on n'a pu se libérer, et ces règles sont, à un certain degré, contradictoires entre elles.

Elles sont de trois ordres :

1° *Le produit doit s'absorber*, il ne doit pas être instantanément précipité par les liquides organiques, d'où la nécessité de dissimuler dans une certaine mesure le métal.

2° *Le métal doit être capable de combinaisons* réelles avec les humeurs de l'organisme, et ces combinaisons doivent être suffisamment labiles, parce que l'activité thérapeutique est fonction de la « dynamique » de la combinaison « médicament-organisme » ; une fixation pure et simple et définitive n'aboutit qu'à une accumulation, à une encombrante surcharge.

3° *La toxicité doit être restreinte*, ou plus exactement la marge entre l'activité thérapeutique et la toxicité doit être grande.

On voit immédiatement la difficulté qu'il y a à concilier *dissimulation* et *dynamique active* d'une part, *dynamique active* et *hypotoxicité*, d'autre part.

L'évolution de la chrysothérapie s'est faite, si l'on peut dire, en deux stades :

a. Etablissement de produits qui résolvaient le problème soulevé par le premier de ces antagonismes : dissimulation et dynamique active.

b. Réalisation de médicaments peu toxiques tout en étant actifs.

Dissimulation nécessaire de l'or. — Les règles que nous avons définies sous 1° et 2° ont été précisées dès 1920 par Auguste Lumière qui faisait ressortir « la nécessité de l'attache du métal au soufre pour assurer la possibilité de l'absorption des solutions métalliques ». Il avait remarqué, en effet, que si les sels des métaux lourds ne s'absorbent pas, c'est que le métal a plus d'affinité pour les éléments composant les tissus et les humeurs que pour les radicaux auxquels il est fixé dans la substance médicamenteuse. Or, pour que l'absorption de cette substance puisse s'effectuer, c'est-à-dire pour que la réaction immédiate des tissus n'ait pas lieu, il faut que le métal soit attaché à la molécule de l'agent thérapeutique d'une façon suffisamment solide. Or c'est avec le soufre que les combinaisons métalliques s'effectuent avec un maximum d'énergie, et les radicaux minéraux et organiques les plus aptes à fournir des composés métalliques stables et non instantanément précipitables par les liquides organiques sont ceux qui possèdent la fonction « R-SH ».

Précisément, la quasi-totalité des sels d'or répondent aux conditions ainsi déterminées. Les premiers médicaments sont rigoureusement conformes à ces lois : la dissimulation du métal y est certaine et, d'autre part, par les désintégrations successives, de tels produits dans l'organisme aboutissent à de l'or élément qui doit être le résidu final pour que, d'après les travaux d'Orestano, de Pouchet, d'Auguste Lumière, on ait la certitude d'une totale utilisation du médicament par l'organisme.

Mais ces produits, incontestablement actifs, ne laissaient pas de présenter une toxicité qui obligeait à beaucoup de circonspection dans leur usage, si bien que, rapidement, la préoccupation s'est imposée aux esprits d'obtenir des produits plus maniables. L'histoire de la chrysothérapie est donc entrée dans le second stade que nous avons signalé plus haut : recherche de médicaments peu toxiques tout en étant actifs.

Cette recherche a été orientée dans deux sens :

1° Atténuation chimique de la toxicité ;

2° Administration filée, donc, imprégnation très lentement progressive, réalisant dans l'organisme une concentration qui demeure toujours notablement au-dessous du seuil toxique.

La dissimulation excessive.—La détoxication par les voies chimiques se heurte à un écueil : abaissement de l'index curateur parallèle à l'abaissement de la toxicité, si bien que, pour une activité thérapeutique égale, on doit recourir à des doses plus élevées, la marge proportionnelle entre pouvoir curateur et toxicité n'étant en définitive pas accrue. C'est le reproche qu'on peut adresser aux aurothio-composés des sucres, produits qui, en se désagrégeant dans l'organisme, n'aboutissent pas à un cation aurique puis à de l'or élément, mais à un complexe auro-sulfonique caractérisé par une grande inertie chimique et qui est, de ce fait, un terme trop précocement atteint et ayant perdu toute action utile..

L'administration filée. — L'administration filée, qui a pour but de protéger les organes en général, et les émonctoires en particulier, contre l'agression brutale d'un sel rapidement absorbé, n'est pratiquement pas réalisable sous forme d'injections de doses minimes, plusieurs fois répétées dans la journée. Il fallait rendre compatibles *administration massive* et *absorption filée*. De ce desideratum est née la méthode des suspensions huileuses. On a songé, en effet, que, puisque l'huile qui sert de véhicule au produit s'absorbe lentement, le produit lui-même suivrait une absorption parallèle. Ce serait exact si les sels

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE (*Suite*)

aureux étaient oléo-solubles et non hydro-solubles : en fait, la quasi-totalité des sels d'or est *insoluble dans l'huile*.

Les insolubles — Certains sont *insolubles dans l'eau* ; disons-en un mot pour n'y plus revenir.

L'expression de Caussade les juge : Leur absorption, dit-il, est capricieuse et désordonnée. Deux chiffres qui matérialisent cette opinion : chez un animal, on retrouve six jours après l'injection, au point où celle-ci a été pratiquée, 51,03 p. 100 de l'or administré sous forme d'un sel insoluble (aurothio-glycolate calcique) ; chez un autre animal, dix jours après, on retrouve, au point d'injection, 83 p. 100 du sel administré.

Quant à l'huile qui servait de véhicule, elle a, au bout de six jours et dix jours, disparu du point d'injection. Mais, on constate bien le caractère capricieux du phénomène puisque, à l'inverse de ce qui serait normal, s'il s'effectuait avec quelque régularité, c'est dans le cas de l'autopsie la plus précoce qu'on retrouve le moins d'or.

Les sels hautement hydro-solubles. — Que se passe-t-il, quand on injecte dans l'intimité des tissus des particules solides d'un sel *hydrosoluble* portées par de l'huile ?

Les particules salines se déposent sur les parois du kyste d'injection ; là, elles font un appel osmotique des liquides, se dissolvent et, dissoutes, sont absorbées. En un mot, l'intérieur du kyste contient un mélange : *a*) d'huile ; *b*) de particules salines non dissoutes, mais qui bientôt le seront ; *c*) d'une solution.

Cette solution du médicament actif s'absorbe pour son propre compte, mais cette absorption n'est pas connexe de celle de l'huile, elle est beaucoup plus rapide : au bout d'un temps relativement court le kyste d'injection ne contient plus que de l'huile à peu près pure qui, elle, incontestablement, met plusieurs jours à se résorber.

Il nous apparaît inutile de préciser les expériences qui *in vivo* et *in vitro* ont permis de déterminer la réalité du phénomène tel que nous venons de le décrire et qui ont été confirmées de divers côtés, en particulier par Vignati, Hradiste et Skalak.

La méthode des injections, par l'intermédiaire d'un véhicule huileux, d'un sel hautement hydrosoluble, aurait été un échec total si l'huile, créant un appel leucocytaire, ne provoquait ainsi des mouvements lymphatiques qui orientent vers les relais ganglionnaires une part — à vrai dire, peu importante — du sel injecté et rapidement dissous *in situ*.

C'est dans cette leucogenèse provoquée par l'huile qu'il faut très vraisemblablement voir l'origine d'une fixation plus abondante de l'or quand un sel aureux est injecté avec de l'huile, que quand il l'est à l'état de solution, mais il s'agit là d'un bénéfice restreint.

Solubilité ménagée. — La méthode des suspensions huileuses n'est vraiment logique que quand on se borne à demander à l'huile de n'être qu'un véhicule permettant de faire pénétrer dans le tissu cellulaire ou musculaire des particules solides et quand on demande *à ces particules solides elles-mêmes* de n'être, *avec ou sans huile*, que lentement absorbables. Cette condition de lente absorption est réalisée si le sel aureux est faiblement hydro-soluble ; pour être absorbé, en effet, il lui faudra être préalablement dissous dans une grande quantité de liquide ; l'appel osmotique des liquides est d'autant plus lent que le corps est moins soluble, et, d'autre part, moins le corps est soluble, plus le solvant doit être abondant.

On voit donc avec évidence que le ralentissement de l'absorption, la réalisation de « l'imprégnation filée » n'ont été effectivement acquis que le jour où l'on s'est adressé à un sel dont l'hydrosolubilité est restreinte.

Une réalisation judicieuse. — C'est précisément ainsi qu'Auguste Lumière a résolu le problème ; le dernier des produits qu'il vient de créer est un sel aureux à *solubilité ménagée*. L'or y est dissimulé dans les conditions que, dès 1920, il précisait.

L'abaissement de la toxicité du produit n'a pas été recherchée par le moyen d'un accroissement de cette dissimulation qui entraîne un abaissement parallèle de l'efficacité thérapeutique. Cet abaissement de toxicité a été obtenu par le fait que les organes n'ont pas à subir l'agression brutale d'un sel trop rapidement absorbé. Nous venons d'indiquer la nécessité d'une hydrosolubilité restreinte, et c'est précisément le cas de ce nouveau produit : l'aurothiopropanol sulfonate de strontium, qui s'injecte sous forme de suspension huileuse. Non encore vulgarisé, il n'en a pas moins été largement expérimenté ; les résultats auxquels il a permis d'atteindre sont tout à fait satisfaisants en rhumatologie, en phtisiologie et peut-être surtout en dermatologie.

Disons, en deux mots, ses caractéristiques essentielles :

1° Dérivé d'un thiopropanol sulfonate, série médicamenteuse dont l'index thérapeutique est remarquablement élevé ;

2° Présence d'un métal, le *strontium*, qui atténue les réactions biotropiques ;

3° Hydrosolubilité ménagée, d'où absorption « filée ».

La durée d'absorption de ce sel n'est jamais inférieure à cent vingt heures et, pour les autres doses, elle atteint jusqu'à deux cents heures.

Mais cette absorption est, dans les deux cas, *totale*. C'est là une chose importante, et il est superflu d'y insister. Nous ne pouvons dès maintenant nous étendre sur la présentation de ce médicament nouveau (*oléochrysos* Lumière), ce qui, d'ailleurs, dépasserait le cadre de la présente communication, mais nous tenions à en signaler l'existence, surtout parce que sa réalisation est la traduction d'idées générales pharmacodynamiques dont on ne saurait légitimement nier la haute valeur.

Travail des laboratoires Lumière.

REVUE DES CONGRÈS

XXIV[e] CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Paris, 12-14 octobre 1936.

DEUXIÈME QUESTION.

LES SYNDROMES PARATHYROIDIENS

PREMIER RAPPORT.

Du rôle des parathyroïdes dans la pathologie des os.

Par I. SNAPPER (Amsterdam).

L'intérêt général pour la pathologie osseuse est né de la coïncidence de trois faits nouveaux qui ont fait grande impression sur les médecins :

1° Il y a une maladie du squelette spéciale, la maladie de Recklinghausen, l'ostéite fibreuse, kystique, généralisée, qui s'accompagne toujours d'une tumeur parathyroïdienne ;

2° Cette maladie impitoyable conduisant à la mort après des années de souffrances est guérie par l'ablation de la tumeur ;

3° Cette maladie est caractérisée par des symptômes cliniques, radiologiques et histologiques spéciaux, et essentiellement par un syndrome biochimique.

Ces notions modernes ne datent que de 1926, année où Mandl (de Vienne) a montré que l'ablation de l'adénome parathyroïdien fait disparaître les symptômes de la maladie osseuse ; l'importance de cette observation de Mandl ne peut pas être exagérée. Elle n'a pas seulement rendu possible la guérison d'une maladie grave ; c'est aussi grâce à elle que l'importance étiologique de l'adénome parathyroïdien pour la maladie de Recklinghausen est devenue évidente. Cela rend possible de différencier la maladie de Recklinghausen de beaucoup d'autres affections osseuses. Bref, l'observation de Mandl a fait reconnaître la maladie de Recklinghausen comme la conséquence d'une hyperfonction parathyroïdienne. Cette hyperfonction doit forcément s'accompagner d'un syndrome biochimique spécial. On connaît depuis longtemps l'hypofonction des parathyroïdes, qui donne lieu à la tétanie. Cette dernière condition s'accompagne toujours d'une diminution de la calcémie et de l'augmentation de la phosphatémie. Aussi la maladie de Recklinghausen, qui est l'inverse d'une tétanie, doit s'accompagner d'une hypercalcémie et d'une hypophosphatémie.

Cette hypercalcémie cause une hypercalciurie ; il s'ensuit une soustraction grave du calcium déposé dans le corps, c'est-à-dire dans le squelette. Une décalcification généralisée du squelette se développe, suivie de lésions histologiques caractéristiques, c'est-à-dire d'une ostéite fibreuse généralisée. Bien souvent, des kystes et des tumeurs brunes (ostéoclastomes, tumeurs à myéloplaxes) sont présents.

Ajoutons encore un autre symptôme biochimique : l'augmentation des phosphatases du sang.

Dans chaque maladie avec décalcification généralisée, à plus forte raison quand il y a kyste, ostéoclastome, il faut rechercher le syndrome biochimique mentionné plus haut.

Le rapporteur présente les données cliniques, radiologiques et biochimiques caractéristiques de deux cas personnels. Il montre ensuite que le diagnostic de cet adénome peut offrir des difficultés considérables. Pour cela, il faut se rappeler que l'hypercalcémie dans la maladie de Recklinghausen aboutit à la sursaturation des humeurs du corps par les sels de chaux. Aussi, n'est-il pas étonnant que dans cette maladie des précipitations calciques se forment facilement. Il y a trois régions du corps où ces précipitations se forment de préférence : les reins, les poumons, la muqueuse gastrique.

Le calcium soustrait du squelette doit être présent sous la forme de phosphates de chaux. C'est pour cela qu'on trouve des quantités excessives de phosphates de chaux dans les urines, qui donnent lieu à la formation de calculs urinaires se composant de phosphates de chaux. Aussi, chez chaque malade souffrant d'une lithiase rénale bilatérale ou récidivante, spécialement quand les calculs se composent de phosphates de chaux, faut-il se méfier de la présence d'un adénome parathyroïdien. On connaît maintenant plusieurs cas où, chez des malades ne se plaignant que d'une lithiase rénale sans symptômes osseux évidents, on a trouvé une hypercalcémie et, à l'opération, un adénome parathyroïdien.

A côté de cette précipitation de phosphates de chaux dans les urines, on trouve aussi des dépôts calciques multiples dans le tissu rénal, avec formation d'infarctus calcaires dans les tubuli du rein et précipitation calcique dans les tissus intertubulaires.

Il s'ensuit une diminution de la fonction rénale qui peut aboutir à une urémie. Si les symptômes du squelette ne sont pas évidents, ces malades sont considérés comme des néphrétiques.

Ces faits sont illustrés par une observation caractéristique ; il aurait été impossible de diagnostiquer l'hyperparathyroïdie s'il n'y avait pas eu un ostéoclastome (tumeur à myéloplaxes) cranien ; la symptomatologie fut ici complètement dominée par les conséquences des infarctus calcaires dans le parenchyme rénal.

Les métastases calcaires ne se bornent pas aux reins ; on les trouve aussi dans les poumons. D'habitude discrètes, elles peuvent atteindre dans les poumons des dimensions énormes ; le rapporteur en présente une observation.

Enfin, une dernière observation montre que le dépistage du syndrome parathyroïdien peut offrir des difficultés quasi insurmontables, tout se bornant à des tumeurs récidivantes du maxillaire inférieur avec cellules géantes qui finissent par être considérées comme malignes.

En résumé donc, les métastases calcaires peuvent transformer le syndrome d'hyperparathyroïdie.

Aussi, si importantes que soient les données du laboratoire, radiologiques ou biochimiques, on a encore toujours besoin d'un clinicien averti pour faire le diagnostic d'une maladie de Recklinghausen.

Cette étude très complète de la maladie de Recklinghausen est suivie d'un chapitre de diagnostic montrant les différences qui séparent cette affection de la maladie de Paget, des myélomes multiples avec hypercalcémie, de la carcinomatose généralisée du squelette, de l'ostéoporose thyréogène, de la xanthomatose généralisée des os, de l'insuffisance rénale chronique avec hyperphosphatémie.

Le rapporteur montre ensuite les difficultés de l'inter-

vention et ses résultats, le plus souvent favorables ; les autres méthodes thérapeutiques ne sont guère efficaces.

Il signale l'existence d'autres affections du squelette dans lesquelles l'hyperplasie des parathyroïdes ne se développe qu'à cause d'un trouble du métabolisme du calcium (ostéomalacie, rachitisme, insuffisance rénale chronique, myélomes multiples et carcinomatose du squelette) ; l'hyperplasie thyroïdienne reste en pareil cas tout à fait exceptionnelle ; elle peut aussi être réalisée expérimentalement par carence de vitamine D ou par dérivation prolongée de la bile.

Les résultats de l'ablation d'une ou deux parathyroïdes normales dans la polyarthrite ankylosante ou la sclérodermie semblent encore aléatoires.

DEUXIÈME RAPPORT.

La tétanie parathyréoprive.

Par MM. LÉON BÉRARD et MAURICE HENRY (de Lyon).

I. — Généralités. Historique.

C'est la tétanie post-opératoire qui réalise en clinique humaine le type le plus pur de tétanie parathyréoprive, essentiellement caractérisée par une hyperexcitabilité neuro-musculaire généralisée, avec contractures, secousses tétaniques et hypocalcémie, hyperphosphatémie, hypoglycémie.

A ses débuts, la chirurgie thyroïdienne connut de véritables désastres. Si une forte proportion de cas de myxœdème post-opératoire était observée à longue échéance, beaucoup de malades mouraient peu de jours après l'opération.

L'individualisation des parathyroïdes permit de rendre exceptionnelle une complication jadis fréquente.

II. — La tétanie expérimentale.

On peut déclencher chez l'animal des troubles tétaniques (chien surtout) par différents moyens. Deux procédés sont à retenir. Ce sont :

La parathyroïdectomie totale idéale (Gley) ;

La thyro-parathyroïdectomie totale ou partielle.

Après parathyréoprivation totale apparaissent dès le deuxième jour des troubles fonctionnels graves, bientôt suivis de secousses musculaires, de raideur, de contractures et d'accès convulsifs. La température s'élève, l'animal se cachectise, de graves troubles fonctionnels, respiratoires, digestifs, urinaires, circulatoires apparaissent, et vers le neuvième jour la mort survient au milieu des signes d'une toxémie intense.

Au cours de cette évolution, la calcémie a subi une baisse progressive et importante. Les urines, rares, contiennent de la guanidine. L'autopsie des animaux montre une série d'altérations portant sur les glandes endocrines, le tube digestif, le système nerveux.

III. — La tétanie post-opératoire.

1° **Causes générales et prédispositions individuelles.** — Dans la recherche des causes prédisposantes, générales ou individuelles, seules quelques constatations méritent d'être retenues.

Des considérations d'ordre géographique en premier lieu s'imposent. Les tétanies se rencontrent surtout par ordre de fréquence en Autriche, en Allemagne, en Suisse, et le sud-est de la France. On peut expliquer en partie cette prédisposition du fait de la plus grande fréquence du goitre dans ces régions et du fait aussi de la technique employée dans la cure chirurgicale des affections thyroïdiennes (thyroïdectomies presque totales).

L'hypo-alimentation, le climat (Mac Carrison), le froid, le surmenage, ont pu être parfois invoqués.

L'âge a une importance incontestable (enfant surtout).

Le sexe des sujets joue aussi un grand rôle. Dans les trois quarts des cas de tétanie, il s'agit de femmes. Même si l'on tient compte de la fréquence des goitres chez la femme, celle-ci présente par ailleurs une incontestable prédisposition aux dysfonctionnements des glandes parathyroïdes (allaitement, grossesse, troubles ovariens), soit dans le sens de l'hyperactivité, soit dans le sens de l'hypoactivité glandulaire.

2° **Anatomie pathologique.** — *a*. LÉSIONS DES PARATHYROIDES. — *α. Lésions opératoires.* — C'est l'ablation totale ou partielle de l'appareil parathyroïdien qui représente la lésion essentielle. Ces prélèvements sont explicables par la difficulté d'identification des glandules dans un foyer opératoire. Celles-ci sont particulièrement exposées lors de l'exérèse de tumeurs thyroïdiennes volumineuses et surtout des interventions pour récidives.

D'autre part, les glandes laissées en place peuvent être fonctionnellement inexistantes (traumatisme opératoire, inhibition réflexe, ischémie à la suite de ligatures multiples).

Enfin, il doit rester un nombre suffisant de glandes saines pour assurer les fonctions parathyroïdiennes. Les animaux peuvent vivre fort bien avec une seule glande parathyroïde. Chez l'homme, on peut impunément enlever les deux glandes d'un seul côté, pourvu que le côté opposé soit rigoureusement respecté.

De toutes façons, on ne sera jamais autorisé à compter sur l'hypertrophie compensatrice des glandes saines, non plus que sur la possibilité de suppléance fonctionnelle des parathyroïdes accessoires ou du corps thyroïde lui-même.

β. Lésions secondaires à l'intervention. — On a parfois signalé l'atteinte des glandules par un hématome, de l'œdème, l'infection de la plaie, ou une réaction cicatricielle très serrée.

b. LÉSIONS VISCÉRALES. — Chez les sujets morts de tétanie chronique, on a décrit un certain nombre d'altérations viscérales représentées essentiellement par : une artériosclérose généralisée, une ostéosclérose importante et une atrophie musculaire très marquée. Des lésions nerveuses, hépatiques, endocrines identiques à celles que l'on rencontre chez l'animal parathyréoprivé sont constamment observées.

3° **La tétanie dans la chirurgie thyroïdienne.** — La tétanie constituait avant 1895 un grave danger pour la chirurgie thyroïdienne.

Actuellement, elle constitue *une rareté* (de Quervain : 2 cas sur 4 000 interventions. L'un des rapporteurs, sur


MÉTHODE DE WHIPPLE
SYNDROMES ANÉMIQUES
HÉPATHÉMO
DESCHIENS
FOIE DE VEAU FRAIS
AMPOULES
SIROP
LABORATOIRES DESCHIENS
9, RUE PAUL BAUDRY. PARIS VIIIe

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

plus de 3 000 opérations thyroïdiennes, ne compte que 2 tétanies, qui furent passagères et curables).

Mais il est surtout intéressant de noter que la *maladie de Basedow* constitue une prédisposition certaine à la tétanie. Il n'est d'ailleurs pas rare de constater chez les basedowiens le signe de Chvosteck.

La *technique opératoire* du Basedow est d'une importance primordiale ; la thyroïdectomie subtotale, non plus seulement intracapsulaire, mais intraglandulaire, permet d'éviter à coup sûr l'atteinte des parathyroïdes (Bérard et Peycelon).

Dans la thyroïdectomie totale pour *cancer*, bien qu'épargnées en général par l'envahissement néoplasique, les parathyroïdes sont particulièrement exposées. Cependant, on voit rarement des tétanies en pareil cas. On peut respecter les glandules malgré une intervention très large. En pratique, souvent les choses se passent ainsi : ou bien on enlève un goitre d'apparence banale, qui, à l'examen histologique, se révèle comme étant un néoplasme, ou bien on se trouve devant une tumeur déjà trop étendue pour bénéficier d'une exérèse complète.

Dans la *thyroïdectomie totale pour cardiopathie et angine de poitrine*, l'intégrité du corps thyroïde permet de ménager les glandules. Les quelques cas de tétanie signalés ont toujours été bénins et curables.

4° **La tétanie dans la chirurgie parathyroïdienne.** — Après extirpation d'une tumeur parathyroïdienne, en raison de la chute brutale d'un hyperparathyroïdisme considérable, la tétanie est de règle. Elle reste en général bénigne et curable.

Après parathyroïdectomie pour rhumatisme chronique, sclérodermie, artérites, etc., la tétanie ne doit jamais se voir : on l'évitera à coup sûr par des interventions strictement unilatérales.

IV. — Les tétanies « spontanées ».

La tétanie peut en outre survenir en dehors de toute atteinte opératoire des glandes parathyroïdes.

1° **Il est des cas où les parathyroïdes ne semblent pas pouvoir être mises en cause** : tétanies survenant après des interventions autres que cervicales ou thyroïdiennes ; tétanies par hyperventilation et hyperpnée volontaire ; tétanies digestives ou par administration excessive de bicarbonate de soude ; tétanies professionnelles.

En réalité il s'agit là sans doute de sujets avec insuffisance parathyroïdienne préalable facilitant les troubles du métabolisme calcique et dépense excessive de calcium.

2° **Il est des cas où les parathyroïdes paraissent manifestement en cause** : parathyroïdites hémorragiques ; parathyroïdites tuberculeuses ou syphilitiques.

On doit rattacher à ces cas les faits publiés par Lombard, où de véritables parathyroïdites aiguës furent prises pour des tétanos aigus.

3° **Il y a enfin des cas où, en l'absence de preuves certaines, l'origine parathyroïdienne de la tétanie peut être discutée** : tétanies des femmes enceintes et des nourrices, dans lesquelles des perturbations de l'activité glandulaire peuvent apparaître en raison des énormes besoins calciques de l'organisme ; tétanie infantile, dans laquelle on a décrit de fréquentes altérations hémorragiques au niveau des parathyroïdes. Ces lésions anatomiques jointes à l'hypocalcémie, de règle en pareil cas, et aux succès des récentes tentatives chirurgicales de Leriche et de ses élèves, incitent à faire intervenir ici l'insuffisance parathyroïdienne, bien que cette opinion soit encore vivement controversée.

Les tétanies avec idiotie et les tétanies associées à l'ostéomalacie, en raison de l'heureuse influence qu'exerce sur elles l'opothérapie parathyroïdienne, semblent apparentées plus ou moins à la déficience des glandules.

V. — Etude clinique.

La tétanie parathyréoprive reproduit dans toutes ses manifestations cliniques la tétanie expérimentale.

Il peut s'agir d'une *tétanie aiguë*, complication précoce, apparaissant entre le premier et le cinquième jour après l'intervention. Quelques prodromes en marquent le début, bientôt suivis de contractures qui peu à peu se généralisent. Les crises se succèdent, atteignant les différents muscles (face, membres, larynx, diaphragme).

Le tableau clinique se modifie parfois, selon que prédominent les troubles convulsifs, l'état toxique toujours très marqué, les troubles mentaux, les troubles gastriques.

Dans l'intervalle des crises, tous les signes d'hyperexcitabilité neuro-musculaire sont obtenus.

L'évolution est tantôt suraiguë (Sainton) et rapidement mortelle, tantôt aiguë, tantôt chronique d'emblée (Kocher). La tétanie peut être passagère ou tenace ; curable de nos jours, elle peut même spontanément guérir.

De même les troubles peuvent rester *latents* ou passer à la *chronicité*.

La *tétanie chronique* n'est pas rare. Les crises surviennent d'une manière irrégulière. Le froid, le surmenage, l'alimentation (carnée), l'allaitement, la gravidité, la menstruation même sont autant de facteurs pouvant la déclencher. On peut observer en outre, tantôt un véritable « état de mal », tantôt au contraire des « équivalents mineurs ». Des troubles mentaux, des troubles trophiques, cataracte, névrite optique, des altérations intéressant les dents, les cheveux, les ongles, le myxœdème même peuvent y être associés.

Il faut rappeler l'importance des *réactions électriques* dans la tétanie qui mettent en évidence l'élévation de la chronaxie.

D'importantes modifications biologiques sont constantes. L'*hypocalcémie* est un test d'une immense portée pratique. Elle évolue parallèlement à l'état du sujet ; l'abaissement du taux de Ca sanguin serait souvent des six dixièmes de sa valeur normale et porterait surtout sur le Ca ionisé. L'*hyperphosphorémie* est également constante et évolue en sens inverse de la calcémie.

De même des modifications de l'équilibre acide-base se font le plus souvent dans le sens de l'alcalose et s'accompagnent d'élévation du phosphore du sang.

Des variations de la glycémie ont parfois été rapportées.

VI. — Pathogénie.

On a successivement invoqué :

1° **L'hypocalcémie** : en raison du parallélisme de son

évolution avec celle de la maladie, de l'effet thérapeutique puissant des sels de Ca, et d'un grand nombre de faits cliniques et expérimentaux.

2° **L'hyperphosphorémie** a été incriminée.

3° **Les perturbations de l'équilibre acido-basique** (alcalose), auxquelles on a voulu faire jouer un rôle important (tétanies digestives et par hyperpnée).

4° La découverte, enfin, dans les urines d'animaux parathyréoprivés **de guanidine et de méthylguanidine,** déchets azotés, dont l'administration expérimentale occasionne des signes de tétanie a permis à Noël Paton et Findlay de formuler la théorie toxique.

De tout cela, en l'absence d'éléments décisifs, on doit retenir que si chacun de ces trois derniers facteurs est indépendant, il est par contre étroitement lié par ses effets et son action au métabolisme du calcium, dont les perturbations doivent, actuellement du moins, garder la place principale dans la pathogénie de la tétanie.

VII. — Traitement.

Les **méthodes** thérapeutiques préconisées dans la tétanie parathyréoprive sont nombreuses et d'inégale valeur.

a. Les unes se proposent de suppléer à la déficience des sécrétions parathyroïdiennes en apportant une nouvelle quantité d'hormone. On a tenté des greffes parathyroïdiennes (von Eiselsberg, Fano, Zanta, Christiani) : c'est une méthode d'exception. La méthode la plus employée est l'opothérapie. L'efficacité expérimentale et clinique des extraits parathyroïdiens a maintenant fait ses preuves (Collip).

Les ingénieuses tentatives de réactivation chirurgicale des parathyroïdes par sympathectomie réalisées par Leriche et son école dans la tétanie infantile méritent d'être soulignées.

b. D'autres méthodes ont pour but d'agir sur le métabolisme du calcium et de compenser le déficit calcique. Les injections intraveineuses et l'administration par voie buccale de sels calciques sont d'une efficacité remarquable mais temporaire, ce qui, comme pour l'opothérapie d'ailleurs, impose le renouvellement quotidien de cette thérapeutique.

L'ergostérine irradiée a donné des résultats certains ; on tend cependant à lui préférer un dérivé, l'A. T. 10 de Holtz, qui, d'une administration facile (voie buccale), a l'avantage d'avoir une efficacité considérable et surtout durable. Les propriétés hypercalcémiques très actives de cette médication, pouvant amener des troubles lorsqu'elle est employée à doses excessives, nécessitent le contrôle permanent de la calcémie.

La saignée suivie ou non de transfusion, le sulfate de Mg, le chlorure d'Am, les ultra-violets, l'actinothérapie peuvent parfois rendre service.

Les **indications** sont simples et surtout importantes dans les tétanies chirurgicales.

En cas de tétanie aiguë, le sujet isolé dans une chambre obscure sera soumis au calme le plus complet. Des calmants pourront, si besoin est, être administrés ; le régime sera surveillé : on prescrira largement le lait et on proscrira toute alimentation carnée ou acide. Le jeûne sera évité au maximum. Les soins locaux seront minutieux. La thérapeutique comprendra : à fortes doses répétées *per os* et par voie intraveineuse, des solutions de sels calciques. On injectera selon l'intensité des troubles deux à cinq fois par jour 10 à 20 unités de parathormone.

L'A. T. 10 pourra être employé aux doses de 5 à 8 centimètres cubes *per os* le premier jour, puis à doses décroissantes.

La greffe a peu d'indications. La saignée suivie de transfusion sera parfois utile.

La tétanie chronique demande une surveillance très prolongée ; sels de calcium et parathormone représentent avec le régime les bases de la thérapeutique. Mais ce traitement sera inlassablement renouvelé tous les jours ; c'est ici surtout que l'A. T. 10 de Holtz est une indication formelle, étant donnée son efficacité durable. En ce cas, on aura toujours soin de soumettre les malades au contrôle périodique de la calcémie.

Les greffes trouvent ici des indications plus larges que dans les cas aigus. Néanmoins le traitement médical reste la base essentielle de la thérapeutique.

La tétanie parathyréoprive sera en outre aisément évitée par l'emploi de techniques opératoires très précises et actuellement bien au point. De fait, cette complication est devenue exceptionnelle de nos jours et les rares cas observés restent le plus souvent passagers et curables.

L'influence des endocrines (parathyroïdes exceptées) dans la pathologie des os.

Par G. Coryn (Bruxelles).

La méthode de travail utilisée dans ce rapport a consisté à rechercher d'une façon systématique l'influence de chacune des endocrines sur toutes les phases de l'ostéogenèse enchondrale.

Cette façon de faire permet de dégager la notion que toute la pathologie du squelette d'origine endocrinienne est le résultat de l'accélération ou du ralentissement soit de la prolifération cellulaire (cartilage sérié), soit de l'hypertrophie cellulaire (cartilage hypertrophique), soit de la calcification du squelette (zone ostéoïde), soit de l'élaboration ou de la résorption de la substance fondamentale du cartilage (cartilage hyalin).

En d'autres mots, les modifications squelettiques dues au trouble du fonctionnement des endocrines sont le résultat de l'exagération ou de l'insuffisance d'un processus normal par ailleurs.

Pour que l'action d'une endocrine sur le squelette soit exactement connue, il est indispensable que l'on soit fixé sur la façon dont chacune des phases de l'ostéogenèse enchondrale réagit à un hyperfonctionnement ou à un hypofonctionnement de cette endocrine.

Au point de vue général, toutes les affections endocriniennes du squelette présentent trois caractéristiques communes :

1° Les lésions sont toujours généralisées à tous les os du squelette ;

2° Elles apparaissent chaque fois que le fonctionnement d'une endocrine est troublé. Il est possible de les reproduire par l'ablation de la glande, quand il s'agit de l'hypofonctionnement, par l'injection d'hormone, quand il s'agit de l'hyperfonctionnement ;

3° Quand l'hypofonctionnement d'une endocrine fait

A TOUTE APPLICATION DE L'ANTISEPSIE LOCALE CORRESPOND UNE FORME DE LA

CLONAZONE DAUFRESNE




ANGIOXYL
par son action trophique vasculaire
et vagotonisante
CONSTITUE LA MÉDICATION SPÉCIFIQUE
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ACCIDENTS DE LA MÉNOPAUSE
LA MALADIE DE BASEDOW
LA MALADIE DE RAYNAUD
LES TROUBLES CIRCULATOIRES
AMPOULES : 1 à 3 par jour,
en injection intra-musculaire
SIROP : 2 à 3 cuillerées à dessert par jour
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl
Sirop
Echantillons et Littérature
Laboratoires du Dr ROUSSEL
97, r. de Vaugirard, PARIS - 6e
TÉLÉPHONE : LITTRÉ 68-24
r.c 18 000
Roger Dacosta. Edit.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

apparaître une lésion déterminée, l'hyperfonctionnement de la même endocrine fait apparaître la lésion opposée.

En ce qui concerne l'action de chacune des endocrines en particulier :

Les **cellules éosinophiles de l'hypophyse** exercent leur action sur la prolifération cellulaire. Cette notion peut être considérée comme certaine ; elle repose sur des preuves concordantes fournies par l'anatomie pathologique, l'expérimentation et la clinique.

C'est la zone sériée du cartilage de conjugaison qui est influencée, mais, dans ce cas-ci, il est bien certain que la prolifération cellulaire ne varie pas uniquement au niveau du cartilage. L'ossification périostique est influencée dans le même sens ainsi que, probablement, tous les tissus de l'organisme.

En clinique, une modification du rythme de la prolifération cellulaire se traduit par une accélération ou un ralentissement de la croissance. L'individu formé sera un nain ou un géant. Comme tous les tissus sont également influencés, il est compréhensible que les nains hypophysaires restent bien proportionnés.

Existe-t-il une autre action des cellules éosinophiles de l'hyphophyse sur le squelette ? Les rapporteurs ne trouvent aucune preuve d'une telle action ni dans le domaine de l'anatomie pathologique, ni dans celui de l'expérimentation.

Les **glandes sexuelles** exercent une influence bien connue sur le moment de l'ossification des cartilages de conjugaison.

Des expériences personnelles de l'auteur ont montré que l'hypertrophie des cellules du cartilage de conjugaison varie en fonction de la quantité d'hormone sexuelle élaborée. La castration retarde cette hypertrophie, l'injection de folliculine l'accélère et chaque fois la résorption de la substance cartilagineuse varie parallèlement.

En clinique, le retard de l'ossification des cartilages de conjugaison permet à la croissance de se prolonger au delà des délais normaux. Les os dont la croissance se fait aux dépens de l'ossification périostique, le crâne, les clavicules, la colonne vertébrale, ne sont pas influencés. Les modifications staturales présentées par les castrés s'expliquent par ce mécanisme : les membres sont disproportionnés par rapport au tronc et au crâne.

Les opinions les plus diamétralement opposées sont encore actuellement défendues au sujet d'une influence éventuelle des glandes sexuelles sur la rapidité de la croissance, sur la calcification du squelette et sur l'apparition des arthrites ankylosantes. Il n'existe pas de preuve formelle d'une telle action, et des arguments de valeur font penser que ces troubles ne sont pas sous la dépendance *directe* des glandes sexuelles.

L'**action des parathyroïdes** sur la calcification du squelette fait l'objet de deux rapports du même congrès.

L'éventualité d'une influence de ces glandes sur le rythme de la croissance et sur la date de l'ossification des cartilages de conjugaison n'est habituellement pas envisagée ; aussi on se trouve en présence d'une carence complète de documents anatomo-pathologiques ou expérimentaux. Les quelques éléments d'appréciation qu'il est possible de recueillir écartent l'idée d'une telle action.

Quant aux arthrites ankylosantes, on ne trouve aucune preuve formelle de leur origine parathyroïdienne, des arguments nombreux plaident contre cette hypothèse.

L'action des parathyroïdes sur la calcification des os est certaine et bien connue. Il est très probable que c'est la seule influence qu'elles exercent sur le squelette.

Les trois glandes ci-dessus possèdent donc une action exclusive sur une seule phase de l'ostéogenèse enchondrale ; les cellules éosinophiles de l'hypophyse agissent uniquement sur la prolifération cellulaire, les glandes sexuelles agissent uniquement sur l'hypertrophie cellulaire, les parathyroïdes agissent uniquement sur la calcification du squelette.

L'**influence de la thyroïde** sur le squelette est beaucoup plus complexe. Elle exerce son action aussi bien sur les phénomènes cellulaires que sur les phénomènes chimiques de l'os et du cartilage.

Des expériences personnelles de l'auteur apportent la preuve histologique que l'hypothyroïdie ralentit la prolifération cellulaire, retarde l'hypertrophie cellulaire. La calcification du squelette est excessive, la substance cartilagineuse est abondante mais altérée par des dégénérescences fibreuses et muqueuses.

L'hyperthyroïdie provoque des modifications opposées.

Ces données permettent de reconstituer et de comprendre les anomalies squelettiques qui apparaissent dans l'hypothyroïdie en clinique.

La prolifération est ralentie, l'individu formé est un nain, l'hypertrophie cellulaire est retardée, les points d'ossification apparaissent et se soudent avec retard. Ces deux facteurs ont un retentissement plus grand sur les os pourvus de cartilages de conjugaison que sur les os dont le développement dépend de l'ostéogenèse périostique : les membres sont trop courts pour le tronc : le nain est disproportionné. La calcification des os est excessive et les os à modèle membraneux prennent un développement anormal : la tête est trop grosse pour le tronc. Le nain est disproportionné et dysharmonique. Enfin les dégénérescences du cartilage entraînent des déformations articulaires qui peuvent être plus importantes à gauche qu'à droite : le nain est disproportionné, dysharmonique et asymétrique.

L'hyperthyroïdie fait apparaître des modifications diverses : la croissance est accélérée mais s'arrête précocement. Ces deux facteurs qui se contrarient aboutissent à la formation d'un individu dont la taille est plus petite que celle d'un individu normal. Le squelette est toujours décalcifié, mais la perte journalière de calcium est minime et ne dépasse pas $0^{gr},100$ par jour. C'est peut-être le motif pour lequel il n'apparaît pas de modifications dans le chimisme du sang : le taux de la calcémie et de la phosphorémie reste normal. Enfin l'existence des arthrites hyperthyroïdiennes est probable, mais nous ne sommes pas encore fixé sur leurs caractères histologiques, et leur diagnostic en clinique reste délicat.

En résumé, la thyroïde influence toutes les phases de l'ostéogenèse enchondrale.

Nos connaissances concernant l'influence des **surrénales** sur le squelette sont encore rudimentaires. Des expériences de l'auteur montrent qu'un état d'hyposurrénalisme provoqué et entretenu chez l'animal est capable de faire apparaître des lésions du cartilage très analogues à celles qui sont décrites dans les polyarthrites chroniques.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Deux cas de polyarthrites ankylosantes généralisées progressives ont été considérablement améliorés par l'administration d'extrait cortico-surrénalien. Cette amélioration n'a été obtenue que dans deux cas qui présentaient certains symptômes que l'auteur décrit. Les autres cas de polyarthrites ankylosantes n'ont pas été influencés par la cortine.

En conclusion, le cartilage de conjugaison représente un réactif excellent des troubles endocriniens. Il permettra de soumettre au contrôle de l'expérimentation les nombreux points qui sont encore en discussion. Aussi sommes-nous en droit d'espérer que les nombreuses hypothèses qui encombrent encore cette question seront remplacées par des certitudes dans un avenir rapproché.

Discussion.

M. A. Jung (Strasbourg) rappelle les travaux poursuivis en collaboration ou sous la direction de son maître, le professeur R. Leriche.

Dans l'hyperparathyroïdie, le syndrome osseux n'est pas tout; il n'en est que le premier point de répercussion tissulaire ; à côté de ce syndrome osseux, il faut envisager *les autres lésions tissulaires* que le métabolisme troublé de la chaux peut provoquer.

Les reins sont lésés par dépôt direct de chaux dans leurs tissus, ou par formation de calculs dans les voies excrétrices.

La sclérodermie apparaît comme l'expression cutanée d'une hyperparathyroïdie chronique.

L'auteur rappelle ses recherches sur l'état de l'*appareil cardio-vasculaire* dans l'hyperparathyroïdie expérimentale : surcharge calcique du myocarde ; surcharge calcique des vaisseaux avec destruction partielle de la paroi.

Il aborde ensuite la question plus générale des différents *types d'hyperparathyroïdie* : suraiguë, aiguë et chronique. Il donne des exemples de l'hyperparathyroïdie *suraiguë*; il rappelle l'hyperparathyroïdie aiguë dont le type est réalisé par l'ostéite fibro-kystique généralisée avec sa symptomatologie humorale et tissulaire bien connue ; il insiste davantage sur l'hyperparathyroïdie *chronique*, moins connue ; dans cette dernière forme, les signes fondamentaux mêmes de l'hyperparathyroïdie peuvent changer, tels que la calcémie et la calciurie qui peuvent se rapprocher de la normale, comme le prouve l'expérimentation ; la sclérodermie représente le type de cette hyperparathyroïdie chronique.

En terminant, l'auteur complète l'observation de *tétanie* traitée par la sympathectomie cervicale moyenne qu'ont bien voulu noter les rapporteurs (MM. L. Bérard et M. Henry), en indiquant qu'actuellement l'intervention remonte à vingt-huit mois et que l'enfant reste guérie ; il rappelle un deuxième cas opéré par le professeur Leriche, qui reste sans crise depuis quinze mois.

M. C. Parhon (de Bucarest) a observé une malade atteinte d'ostéose parathyroïdienne qui fut très améliorée à la suite de l'ovariotomie.

Il rappelle entre autres, que certains cas de scoliose peuvent être mis en rapport avec des troubles de la fonction thyroïdienne.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

M. JEAN WEILL (de Paris) discute l'étiologie de la tétanie post-opératoire et remarque :

1° Qu'on ne peut accuser l'hyperparathyroïdie adénomateuse d'avoir provoqué l'atrophie des autres glandes parathyroïdes, car leur exploration au cours de l'intervention les montre toujours normales ;

2° Que « l'avidité » du squelette pour le calcium circulant ne fait pas toujours tomber la calcémie aux chiffres très bas usuellement rencontrés dans la tétanie spontanée ;

3° Qu'à la tétanie chirurgicale il faut à présent ajouter la tétanie physiothérapique dont P. Carnot a rapporté un cas, chez une malade qui avait été traitée par l'irradiation du corps thyroïde pour un Basedow ;

4° En dehors des ablations d'adénomes la parathyroïdectomie demeure discutable.

Dans un cas de maladie de Thibierge-Weissenbach avec crises de Reynaud subintrantes, l'auteur avec Gilbert-Dreyfus fait faire l'opération.

Ultérieurement, l'amélioration clinique a paru considérable ; cependant l'examen histologique a montré qu'on n'avait pas enlevé une glande, mais quelques lobules graisseux.

Communications.

Contribution à l'étude des phosphatases sanguines.

M. J. CHARVAT et B. HEJDA (de Prague), chez 118 malades, ont appliqué la méthode de Jenner et Ray.

Comme chiffres normaux, ils ont constaté 1,8 à 4,9 unités, en moyenne 3,11, ce qui correspond aux données de la littérature.

Ils ont trouvé chez les néphrétiques des chiffres toujours normaux.

Dans les maladies hépatiques, la phosphatase est presque toujours augmentée, surtout dans l'ictère par rétention. Les auteurs attribuent ce fait à ce que, dans l'ictère par rétention, il se produit dans le sang une forte accumulation de stérols provenant de la bile. Cette hypothèse semble être appuyée par le fait qu'ils ont trouvé un taux élevé de phosphatases, même dans les ictères sans occlusion du cholédoque, où l'élimination de la bile dans les intestins a été suffisante, et où, par conséquent, la résorption de calcium de l'intestin n'a pas été troublée. Pendant la grossesse, où le sang est également saturé de stérols parmi lesquels se range l'hormone ovarienne, ils ont constaté un taux élevé de phosphatases.

Dans les arthrites, ils ont trouvé une augmentation non seulement dans les formes aiguës, mais aussi dans quelques formes chroniques, en général sans règle absolue. De même d'autres processus osseux aboutissent à une libération de phosphatases : *tumeurs des os ou acromégalie.*

Ils ont aussi constaté une augmentation de phosphatases dans la maladie de Basedow : ceci correspond au fait bien connu que, dans cette maladie, il se produit une légère ostéoporose, vraisemblablement par suite de modifications métaboliques dans les os. On observe l'ostéoporose également dans la maladie de Cushing et, effecti-

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

vement, ils ont observé dans un cas une augmentation de phosphatases. Par contre, ils ne peuvent expliquer la surabondance des phosphatases dans les cas de contracture de Dupuytren.

Dans la sclérodermie, les chiffres sont normaux.

Les chiffres les plus élevés s'observent dans le rachitisme et dans la maladie de Paget. Les auteurs n'ont pas eu l'occasion d'examiner une hyperparathyrcose, c'est-à-dire la maladie de Recklinghausen, dans laquelle, d'après les données fournies par la littérature, les chiffres sont également très élevés. Ils attachent notamment une grande importance aux chiffres trouvés dans la maladie de Paget, car ils peuvent servir de bons auxiliaires diagnostiques.

Syndromes osseux du type hyperparathyroïdien et du type hypoparathyroïdien, provoqués par l'inxication par les divers sels de fluor et des intoxications minérales associées.

MM. Speder et Charnot (Casablanca et Rabat), à l'occasion de l'étude du Darmous ou fluorose chronique des régions phosphatées du Maroc, ont observé que les sels de fluor provoquaient des modifications généralisées du squelette, s'observant à des degrés divers chez tous les sujets intoxiqués (hommes ou animaux) dès leur enfance.

Suivant les sels (calciques ou sodiques) de fluor, suivant également les intoxications associées (silice ou alumine), les modifications du squelette sont du type hypopara et hypothyroïdien ou du type hyperpara ou hyperthyroïdien.

Avec le fluorure de calcium, pas de modifications macro ou microscopiques des parathyroïdes. Avec le fluorure de sodium on observe une hypertrophie de ces glandes.

Ostéoporose d'origine inconnue.

MM. A. Frœhlich, R. Flament et C. Wéry (Anvers) rapportent un cas d'ostéoporose chez un enfant de dix ans avec fractures spontanées, obésité régressive, augmentation du métabolisme basal, hypercalcémie épisodique, troubles du développement génital.

Après l'élimination des diagnostics d'hyperthyroïdisme, d'hyperparathyroïdisme, d'*osteogenesis imperfecta tarda*, de basophilisme pituitaire, il faut retenir l'analogie du syndrome avec une déficience du système thymo-lymphatique telle que les données actuelles sur sa physiologie nous permettent de la concevoir.

Goutte urico-calcaire et parathyroïdectomie.

MM. M. Creyx et G. Ringenbach (de Bordeaux) communiquent, à leur connaissance, la première observation de goutte urico-calcaire traitée par parathyroïdectomie. Ils assignent trois caractères fondamentaux à ce syndrome : hyperuricémie, hypercalcémie, présence de tophi de constitution uniquement calcaire. L'existence de calcifications métastatiques diffuses suscite d'emblée l'hypothèse d'hyperfonctionnement parathyroïdien. Les auteurs eurent donc recours à la parathyroïdectomie unilatérale, dans le but d'améliorer leur malade. L'intervention fut suivie d'un retour de la calcémie au taux normal, sans modifications de l'hyperuricémie, et sans amélioration fonctionnelle.

Les auteurs, rapprochant leur cas personnel des cas analogues signalés dans la littérature, mettent en doute la réalité de l'origine parathyroïdienne de la goutte. De nombreuses observations sont encore nécessaires pour affirmer ou infirmer l'hypothèse en question.

A propos du diagnostic de l'ostéose parathyroïdienne.

M. J. A. Lièvre souligne la rareté de l'ostéose parathyroïdienne (adénome parathyroïdien avec mobilisation du calcium osseux) et insiste sur quelques points touchant le diagnostic. L'hypercalcémie, à laquelle on a attribué trop d'importance dans le diagnostic de l'hyperfonctionnement parathyroïdien, n'est pas constante. Certains cas évoluent sans signes osseux manifestes (formes rénales, formes cachectiques, etc.).

Le problème le plus habituel, posé par les tumeurs malignes des os ou de la moelle osseuse, est relativement facile à résoudre.

Il n'en est pas de même de certains cas d'ostéite fibreuse étendue avec géodes et fractures spontanées dont l'auteur discute les rapports relatifs avec l'ostéose parathyroïdienne et avec l'ostéite déformante de Paget.

Ostéite fibreuse étendue avec rhumatisme psoriasique ; absence d'adénome parathyroïdien ; amélioration par ablation d'une parathyroïde normale.

MM. J.-A. Lièvre et Eric Martin ont observé chez un homme antérieurement atteint de psoriasis puis de polyarthrite chronique inflammatoire une ostéite fibreuse étendue et atypique avec fracture spontanée et géodes : l'histoire clinique ne cadrait que très imparfaitement avec l'hypothèse d'adénome parathyroïdien. Néanmoins les douleurs osseuses accentuées, une légère hypercalcémie, une nette hypophosphatémie plaidaient en faveur de l'exploration chirurgicale des parathyroïdes ; celle-ci ne montra pas d'adénome, mais permit l'ablation d'une parathyroïde normale.

Cette intervention provoqua une sédation remarquable des douleurs tant osseuses qu'articulaires, sans toutefois provoquer de modifications objectives appréciables. La polyarthrite inflammatoire n'est nullement éteinte, mais l'amélioration fonctionnelle est nette, ce qui paraît être la modalité la plus habituelle dans les cas présentés comme succès de la parathyroïdectomie pour rhumatisme chronique.

Les suites éloignées de l'ostéose parathyroïdienne après ablation de l'adénome parathyroïdien.

MM. Étienne May et J.-A. Lièvre montrent que les suites éloignées de l'adénomectomie parathyroïdienne peuvent être en tous points favorables, comme chez un malade étudié par l'un d'eux en 1928-29 avec André Léri, Layani et Jean Weill. Dans un autre cas, opéré en 1931 à un stade avancé par Moulonguet, les résultats immédiats

furent remarquables. Mais dans les années suivantes se développa une hypertension artérielle, qui paraît progressive et atteint actuellement les chiffres de 21,5-13.

Cette hypertension est peut-être liée à l'imprégnation calcique de l'organisme, qui est constante pendant la phase active de la maladie et que l'on sait être génératrice d'importantes lésions des artères et des reins.

D'autre part, le malade est extrêmement gêné par un état vertigineux avec surdité pour les sons bas dont la formule otologique rappelle singulièrement celle de l'otospongiose. Peut-être y a-t-il là aussi une conséquence de la maladie ou plutôt de la phase post-opératoire d'insuffisance parathyroïdienne chronique : cette interprétation cadre avec la notion de la surdité observée dans l'insuffisance parathyroïdienne expérimentale ainsi qu'avec celle de l'intervention de troubles parathyroïdiens dans l'otospongiose.

Deux cas de cataracte juvénile améliorés par le traitement parathyroïdien.

MM. GUY LAROCHE, MAGITOT, DUBOIS et ROSSANO communiquent les résultats très favorables observés chez deux sujets atteints de cataracte bilatérale. Le traitement consista en plusieurs séries d'injections sous cutanées de Paratyoine à la dose de 5 ou 10 unités. Chez le garçon âgé de quatorze ans, l'acuité visuelle mouta progressivement de 2 à 4 dixièmes à 7 ou 8 dixièmes en dix-huit mois et chez la fillette âgée de neuf ans dont la cure se poursuit régulièrement sans incident le gain a été de 2 dixièmes pour chaque œil en sept mois.

Il semble qu'il s'agisse d'un effet exercé par l'hormone parathyroïdienne sur les échanges calciques agissant indirectement sur la nutrition du cristallin.

Le traitement fut très bien supporté et surveillé par des analyses périodiques portant sur le Ca, le Ph, et la phosphatase. En raison de son innocuité ce traitement doit être tenté et longtemps poursuivi dans les cas analogues. L'avenir dira s'il s'agit chez ces malades d'une amélioration temporaire ou d'un effet durable.

L'équilibre acide-base dans la tétanie parathyroïprive.

MM. P.-H. ROSSIER et P. MERCIER (Lausanne) rappellent que la tétanie parathyroïprive s'accompagne d'un équilibre acide-base normal (*p*H électrométrique, réserve alcaline, courbe de dissociation de l'acide carbonique) et d'une hypocalcémie marquée. Il en est de même de la tétanie infantile. Ces deux affections forment un groupe biologique bien distinct. Par contre, dans la tétanie par hyperpnée (hyperpnée spontanée, provoquée, tétanie du coma apoplectique), on trouve une légère hypercalcémie et une alcalose gazeuse décompensée. Dans la tétanie gastrique on note aussi une légère hypercalcémie, l'équilibre acide-base est décalé vers l'alcalose non gazeuse décompensée. L'alcalose et l'hypocalcémie se trouvent parfois réunies dans certaines formes de tétanie, par exemple dans la tétanie de la maladie de Biermer.

Tétanie et hypocalcémie importante survenant à la suite de l'administration répétée de diurétiques mercuriels.

MM. L. PAVEL, R. PAUNESCO PODEANO, G. TANASESCO rapportent une curieuse observation concernant l'apparition répétée de crises de tétanie dans les deux jours qui suivent l'injection d'un diurétique mercuriel. La diurèse mercurielle provoquée, qui se maintenait très considérable malgré la répétition des injections, était accompagnée d'une baisse très importante de la calcémie au moment de l'apparition des crises de tétanie. Par contre,pendant tout ce temps la réserve alcaline était au-dessous de la normale.

Spasmophilie familiale. Hérédité paternelle.

MM. C.-I. PARHON et GHERTA WERNER (Bucarest) rapportent cette observation dans laquelle le père était atteint de tétanie classique avec hypocalcémie au voisinage de 0,7, la mère indemne de toute manifestation spasmophile. Un enfant est mort en bas âge avec des convulsions. Deux autres enfants, un garçon et une fillette, présentent un signe de Chvostek très accentué, leur calcémie se trouva un peu au-dessus, la phosphatémie un peu au-dessus des limites considérées comme normales.

Les auteurs admettent la transmission par le père (et par voie chromosomatique) de la spasmophilie à ses enfants.



REVUE DES CONGRÈS

XLV° CONGRES FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(5-10 *octobre* 1936)

Discussion de la première question mise à l'ordre du jour.

Résultats des greffes ovariennes.

M. DZIEMBOWSKI (de Pologne). — La plupart des gynécologues polonais pensent que l'effet des greffes ovariennes ne peut être que transitoire, car elles sont toujours rapidement résorbées. Elles n'agissent que comme réserves d'hormones, et la thérapeutique médicale opothérapique, à condition d'être bien dirigée, demeure supérieure quant aux résultats à toutes greffes organiques.

En dépit de cette opinion couramment acceptée en Pologne, l'auteur exprime un avis contraire. Les greffes d'ovaire, d'après son expérience clinique, ont une vitalité incontestable. Les hémorragies qui se produisent périodiquement par certaines fistules consécutives à des interventions ayant porté sur la sphère génitale et qui constituent comme autant de greffes involontaires, sont la preuve de la survie du greffon.

M. DOUAY (de Paris) pense qu'il convient de conserver toujours, en place normale si possible, tout ovaire qui paraît sain. Si cet ovaire est suspect, il faut le supprimer partiellement. Dans les cas d'hétérogreffes, il n'est pas nécessaire que l'ovaire provienne d'une jeune femme. La greffe pratiquée dans la grande lèvre est d'exécution facile et a toujours donné à l'auteur des résultats satisfaisants.

Sur 167 cas observés de 1928 à 1934 et 128 suivis jusqu'à maintenant, on note 11 p. 100 d'échecs, 71 p. 100 de succès.

M. KNUDTZON (de Copenhague) a pratiqué 17 fois l'auto-greffe par la méthode de Douay, chez des malades dont l'âge varie de dix-neuf à quarante-deux ans. Deux fois, l'opération pratiquée était une hystérectomie subtotale ; les huit autres fois, l'utérus avait été conservé après ablation des annexes.

Il y eut un échec complet, un succès partiel, huit succès.

Les résultats éloignés se résument comme suit : une malade perdue de vue, deux reprises de troubles de castration vers le septième, huitième ou neuvième mois ; enfin persistance des bons effets de la greffe chez six malades depuis dix à trente-deux mois.

M. MARRO (de Turin) emploie depuis dix ans la greffe totale de l'ovaire qu'il fend en deux dans le sens sagittal, bord libre excepté.

L'ovaire ainsi préparé vient enserrer le pédicule de la glande enlevée. Ce sont les fils de la ligature de ce pédicule qui, traversant le bord libre de l'ovaire, assurent la fixation du greffon.

L'ovaire ainsi greffé est fixé dans un second temps au ligament large avivé au préalable. Cette technique paraît supérieure à toutes greffes pratiquées dans les muscles droits, les grandes lèvres, l'utérus, l'épiploon.

L'auteur expose trois observations, dont l'une relate une grossesse normale consécutive.

M. CHALIER (de Lyon) est d'avis que les indications de la greffe doivent être de plus en plus limitées, car on doit s'efforcer toujours de pratiquer une chirurgie aussi conservatrice que possible.

Cependant, vingt-huit fois l'auteur a pratiqué la greffe ovarienne suivant la technique de Douay, en y apportant du reste quelques modifications. Vingt-trois fois, il s'agissait de fibromes, cinq fois de lésions annexielles. Les résultats ont été bons.

M. DELAGENIÈRE (du Mans). — La valeur de la greffe ovarienne dépend surtout de l'état de l'utérus conservé. Il importe cependant de fixer l'ovaire aussi près que possible de la matrice.

Si l'utérus a dû être supprimé, peu importe la greffe ovarienne. Contrairement à l'opinion courante, l'ovaire est sans action prouvée sur la morphologie, la vie intime, l'équilibre mental de la femme.

M. SÉNÉCHAL (de Paris) estime qu'on peut toujours, sauf exception, conserver un fragment d'ovaire sain pour éviter les troubles de la castration. Il expose sa technique de fixation des ovaires conservés en totalité ou en partie avec leur pédicule.

M. FEREY (de Saint-Malo). — Depuis quinze ans, l'auteur, dans l'ablation des fibromes, conserve toujours en entier ovaires et trompes. Les résultats sont excellents. Ainsi sont évités la plupart des troubles de la ménopause chirurgicale. La statistique comprend 496 hystérectomies.

Deuxième question mise à l'ordre du jour :

La chirurgie chez les diabétiques.

Résumé du rapport de MM. PIERRE FREDET (de Paris) et JEANNENEY (de Bordeaux).

Deux chapitres constituent ce travail. Dans le premier, sont exposées les notions générales valables chez tous les diabétiques chirurgicaux ; dans le second, sont présentés les faits relatifs aux affections proprement diabétiques ou compliquées d'une façon spéciale par l'existence du diabète.

PREMIÈRE PARTIE.

Quelle que soit l'origine du diabète, le diabétique demeure un sujet fragile et inquiétant pour le chirurgien.

Ses plaies se réparent lentement, péniblement. Ses tissus constituent un milieu favorable au développement de tous les germes. Les anesthésiques sont pour lui plus spécialement toxiques et risquent en un instant de déclencher les accidents redoutables du coma.

La découverte de l'insuline a modifié cet état de choses. Son emploi supplée à l'insuffisance pancréatique ; elle permet d'introduire dans l'organisme des hydrates de carbone en quantité convenable et de les y brûler en même temps que le glycose jusque-là inutilisé. Dès lors, le diabétique devient opérable comme un sujet normal. Il guérit aussi vite et aussi bien.

Dans la pratique, deux cas peuvent se présenter : ou bien l'on sait que le futur opéré est diabétique, ou bien on ne l'apprend qu'au cours des examens précédant immédiatement l'intervention.

L'auteur passe en revue les différentes épreuves destinées à établir le bilan d'un diabétique et par suite le traitement à lui appliquer. Il expose les épreuves de

chimie clinique qui demeurent largement suffisantes pour diagnostiquer le diabète, vérifier sa guérison ou son amélioration au cours du traitement insulinique.

Une étude spéciale est faite des troubles de la cicatrisation et de la prédisposition à l'infection. Le rapporteur insiste sur la nécessité d'une technique opératoire rigoureuse, d'une asepsie parfaite, sur le danger des tractions brutales, sur l'importance d'une hémostase soignée, et sur la supériorité de l'anesthésie loco-régionale.

A. **Préparation d'un malade diabétique pour une opération qui n'est pas urgente.**

Ce malade peut rentrer dans l'une ou l'autre des catégories suivantes :

I. — *Diabète hyperglycémique seul.*

II. — *Diabète hyperglycémique et glycosurique, sans cétonurie et sans signe de dénutrition azotée.*

III. — *Diabète hyperglycémique, glycosurique, cétonurique,* avec signes de dénutrition azotée plus ou moins accusée.

Diabète hyperglycémique. — C'est pour le médecin un diabète léger, bénin. Pour le chirurgien, le cas est plus grave, car, du fait de l'opération, le malade est à la merci de complications sérieuses.

Il importe de ramener chez ce sujet la glycémie à l'état normal. La tâche est relativement facile et la diététique arrivera toujours à ce but. Un jeûne de courte durée suivi d'une cure de légumes verts remettront les choses en état au bout de deux ou trois jours.

A ce moment, où la glycémie est revenue à la normale, on établit le régime mixte en réduisant tout d'abord la teneur en hydrates de carbone, puis en l'augmentant peu à peu jusqu'à ce que le taux glycémique ait tendance à remonter. La quantité des hydrates de carbone est alors diminuée légèrement. Ainsi, on aboutit au régime définitif.

Si l'évolution du diabète n'est pas aussi théorique que nous venons de le prévoir, il faut recourir à l'insulinothérapie en utilisant l'insuline à doses très faibles.

Diabète hyperglycémique et glycosurique. — La cure de légumes verts permet, comme précédemment, de faire tomber au minimum la glycosurie. Quand celle-ci a disparu, on traite l'hyperglycémie comme il a été indiqué ci-dessus.

Il importe d'associer la diététique à l'insulinothérapie, car, pour réduire les fortes glycosuries, d'énormes doses d'insuline seraient nécessaires, et pour les faire tolérer, il faudrait introduire dans l'organisme des quantités considérables d'hydrates de carbone. Pratiquement, le résultat escompté sera atteint avec 10, 20 ou 30 unités d'insuline données en deux fois avant les principaux repas.

Diabète hyperglycémique, glycosurique et cétonurique. — La thérapeutique doit être énergique, car le malade est candidat au coma. La cétonurie est la manifestation la plus grave de ce diabète ; c'est à elle qu'il faut s'attaquer tout d'abord.

Cure de légumes verts pendant deux ou trois jours, puis traitement antiglycosurique si la cure a supprimé la cétonurie.

S'il en est autrement, il convient d'instituer sans tarder un régime pauvre en cétogènes, puis de faire appel à l'insuline.

Dans les cas ordinaires, Chabanier conseille d'utiliser 40 unités par jour avec une glycémie de 3 p. 1 000.

Quand l'association du régime pauvre en protéines et de l'insuline ont fait disparaître les corps cétoniques, on peut progressivement augmenter la teneur du régime en protéines. Il est de règle de voir fléchir à la fois la glycosurie et la cétonurie, mais il est des cas où, quoi qu'on fasse, la glycosurie persiste.

Il est toujours indiqué de réduire la glycémie, mais sous aucun prétexte on ne doit laisser maigrir le malade.

Deux questions se posent la veille de l'opération : La purge est-elle indiquée ? Faut-il faire jeûner le malade ?

La purge pré-opératoire entraîne une déshydratation des tissus et une élimination notable des sels. Ces deux phénomènes sont nuisibles au diabétique, mais, d'autre part, l'évacuation de l'intestin chez ce sujet particulièrement sensible aux intoxications peut être dans certaines circonstances une précaution salutaire. L'huile de ricin est préférable aux purgatifs salins. On prescrira en même temps des injections sous-cutanées de sérum physiologique pour réparer la perte de liquide qu'entraîne nécessairement l'administration de tout purgatif.

Le jeûne pré-opératoire évite les vomissements, mais entraîne l'acidose et diminue les réserves de l'organisme en glucose. Il est donc à éviter chez le diabétique.

Il n'y a que des avantages à faire absorber des hydrates de carbone au futur opéré : bouillies de céréales, jus d'orange, solutions sucrées. Si le traitement insulinique paraît nécessaire, on le pratiquera sans hésiter en lui ajoutant une injection de sérum glucosé contenant au minimum un gramme de glucose par unité d'insuline injectée.

En dépit de ces précautions, le coma peut apparaître cependant. Il convient, dans ces conditions, de faire absorber au sujet de grandes quantités d'eau et des sels, notamment du chlorure de sodium. Le cœur et tout l'appareil circulatoire sont à surveiller attentivement. La moindre défaillance exigera l'emploi de l'adrénaline.

Dès la fin de l'intervention, on reprendra la cure insulinique, chaque injection d'insuline étant suivie d'une injection de sérum glycosé et chloruré. Tous les jours l'acide diacétique et le glycose seront recherchés dans les urines.

Le coma sera traité par l'injection, chaque demi-heure, de 20 unités d'insuline ; celles-ci, tout au moins au début, seront poussées dans les veines. Au fur et à mesure de l'amélioration, les injections d'insuline seront espacées de plus en plus.

Grâce à un traitement bien surveillé, on verra d'ordinaire disparaître le coma en deux ou trois jours.

B. **Conduite à tenir en présence d'un diabétique qui doit être opéré d'urgence.**

Il ne peut s'agir, dans de telles conditions, de faire disparaître la cétonurie, la glycosurie et l'hyperglycémie ; le délai imparti est trop court. Tous les efforts doivent tendre à éviter le coma.

Il faut, sans plus tarder, instituer un traitement insulinique et y ajouter l'injection répétée des sérums salés et sucrés.

Après l'acte opératoire, on a le temps d'interroger les

examens de laboratoire et de conformer la thérapeutique aux résultats qu'ils donnent.

Au total, il faut reconnaître que l'avènement de l'insuline a transformé la question et amélioré le pronostic. Toutefois, il est difficile de comparer les résultats chirurgicaux d'avant l'insuline et ceux qui ont suivi, car, dans ces deux périodes, la chirurgie ne s'est pas appliquée aux mêmes cas.

Autrefois on n'opérait les diabétiques que la main forcée ; aujourd'hui, on intervient à la fois dans les mauvais et dans les bons cas.

Tout se résume à l'appréciation de la gravité actuelle des opérations chez les diabétiques. On peut se faire une idée des progrès réalisés en consultant la statistique de la clinique Mayo où la mortalité ne dépasse plus que 3 p. 100 chez les diabétiques. Le coma est devenu une rareté, et s'il se présente, il n'aboutit à la mort qu'une fois sur cinq.

Deuxième partie.

Les affections chirurgicales chez les diabétiques.

Le chirurgien soigne un diabétique dans deux circonstances différentes :

Il s'agit, dans le premier cas, d'affections purement diabétiques : gangrène, anthrax, etc.

Il s'agit, dans le second cas, d'opérations générales courantes revêtant du fait du terrain diabétique un masque particulier.

Cette différence n'est en réalité qu'apparente ; dans toutes ces conditions, le diabète apparaît toujours comme susceptible de diminuer les résistances locale et générale et de préparer le coma.

La diminution de la résistance locale se traduit par une tendance nette des infections à diffuser, à nécroser, à détruire, et par une lenteur anormale des phénomènes de réparation.

La diminution de la résistance générale se manifeste par une atténuation des réactions de défense, par une tendance à la généralisation des infections septico-pyohémiques, par des défaillances possibles du cœur et du rein, par un acheminement vers le coma.

Certes, l'insuline peut tout modifier, mais, même avec ce médicament, le chirurgien n'opère jamais un diabétique sans éprouver quelques inquiétudes.

a. *Infections chez les diabétiques* :

Étant données la gravité et la facilité de leur apparition, l'opérateur doit éviter la moindre effraction des téguments. L'intervention d'aspect le plus bénin peut toujours devenir sérieuse chez de tels sujets. Non seulement l'infection est facile, mais encore l'infection aggrave le diabète en rendant le sujet insulino-résistant. Il faut toujours drainer avec soin les foyers suppurés.

Le furoncle est déjà une affection sérieuse, l'anthrax peut être redoutable.

Au traitement chirurgical, il conviendra souvent d'ajouter l'auto-hémothérapie et la radiothérapie.

Les lymphangites et l'érysipèle aboutissent souvent à la suppuration. Les cellulites, quelle que soit leur localisation, mènent à la nécrose et à la septico-pyohémie, les phlegmons diffus à la gangrène et au coma. Dans tous les cas, il faut débrider largement.

L'appendicite est fréquente chez le diabétique. Il en va de même de la cholécystite. L'une et l'autre doivent être opérées sans retard. La même conduite doit être suivie dans les infections du plancher buccal, les suppurations du poumon, les infections des voies urinaires et génitales.

b. *Gangrènes diabétiques des membres* :

C'est là une des plus graves complications du diabète. Les hyperglycémiques présentent de bonne heure des lésions d'artério-sclérose et la gangrène du type ischémique par artérite oblitérante apparaît vers la cinquantaine.

Aux troubles circulatoires, s'ajoutent très vite des manifestations infectieuses. Cette gangrène, presque d'emblée, est une gangrène humide.

L'oscillométrie est le moyen le plus sûr d'explorer la vitalité des tissus. Elle permet de savoir si oui ou non le membre est nourri et à partir de quel niveau il est voué fatalement à la mort. C'est elle qui indique si les débridements larges, les opérations économiques sont de mise, ou s'il est préférable de pratiquer sans tarder une intervention radicale, une amputation haute taillée à distance du foyer gangrené.

Discussion.

M. Jentzer (de Genève) rapporte l'observation de deux malades atteints de gangrène diabétique des membres inférieurs.

Tous les procédés classiques d'ordre médical et chirurgical avaient été employés dans le traitement de ces malades, notamment le repos, la diète, l'insulinothérapie, la sympathectomie péri-fémorale.

Le résultat, peu brillant, incita l'auteur à pratiquer chez ces deux malades une surrénalectomie. Il s'en suivit une cicatrisation relativement rapide des lésions locales qui évita toute amputation.

Revus après un recul suffisant, les malades en question ne présentent ni glycosurie, ni acétonurie. Chez l'un d'eux pourtant, la glycémie demeure élevée en dépit d'un traitement insulinique prolongé.

M. Chiarolanzza (de Naples) s'intéresse particulièrement au traitement des anthrax diabétiques. Il conseille l'intervention large, précoce, les incisions longues tracées en tissus sains, les excisions massives des tissus malades.

L'anthrax des lèvres réclame une exérèse trans-muqueuse dont l'auteur décrit la technique en détail.

M. Paschoud (de Lausanne) soumet tous ses opérés diabétiques aux rayons ultra-violets et infra-rouges au cours de l'intervention. Le traitement insulinique est toujours institué et le champ opératoire irradié.

M. Dziembovski (de Bydgosz, Pologne) associe toujours l'insuline et l'acétylcholine dans le traitement des troubles vasculaires accompagnant la gangrène diabétique. Cette double thérapeutique permet la limitation des dégâts et prépare les amputations économiques.

M. Ducuing (de Toulouse). De tous les symptômes du diabète, la glycémie est le plus important. La glycosurie n'a qu'une valeur pronostique secondaire. Il faut faire une courbe de la glycémie qui seule a une signification. Le micro-dosage permet d'obtenir cette courbe pratiquement.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

M. DE FOURMESTRAUX (de Chartres) insiste sur la nécessité de la minutie opératoire dans la chirurgie des diabétiques. Une lenteur excessive est cependant à éviter. L'anesthésie la meilleure est l'anesthésie à la Crile : blocage par infiltration autour du champ opératoire et bouffée de chlorure d'éthyle. L'amputation haute et précoce est la méthode de choix dans les gangrènes diabétiques.

M. PHILIP (de Vichy) discute la valeur du rapprochement que certains cliniciens ont voulu faire entre le terrain diabétique et le terrain cancéreux. Dans les deux cas, on note l'hyperglycémie et l'hypercholestérinémie. Mais il a la certitude que bien des cancéreux ne présentent aucune modification du taux de glycose et de cholestérine.

On peut admettre à la rigueur que lorsque ces taux sont augmentés chez un cancéreux, le processus néoplasique a atteint l'un des rouages du mécanisme « endocrino-neuro-sympathique « de Mauriac ».

M. LERICHE (de Strasbourg). L'hyperglycémie a une signification beaucoup plus importante que la glycémie. L'auteur insiste sur la nécessité dans les cas de gangrène du membre inférieur, de différencier les malades atteints d'artérite de ceux qui n'en sont pas atteints.

L'oscillométrie est souvent cause d'erreur : elle se montre nettement inférieure à l'artériographie.

S'il n'y a pas d'artérite, on doit se borner à des exérèses limitées. Si l'artérite est manifeste, l'amputation haute est nécessaire Il ne faut jamais se presser et l'exérèse large pratiquée à chaud est une erreur.

MM. FONTAINE, WEIL et MANDEL (de Strasbourg) ont repris sous la direction de Leriche l'étude des rapports du diabète et de la surrénalectomie en pratiquant chez le chien une pancréatectomie, qui, grâce à une technique rigoureuse, permet la survie des animaux devenus ainsi diabétiques et soumis ensuite à la surrénalectomie. Ces expériences les amènent à conclure à l'impossibilité de guérir par intervention sur la surrénale et même par décapsulisation bilatérale un diabète pancréatique. Les effets obtenus chez le chien dépancréaté sont très passagers et cette opération reste pratiquement irréalisable.

M. MASINI (de Marseille). Dans les cas les plus graves, c'est-à-dire ceux où l'intervention urgente s'impose au milieu des conditions physiologiques les moins favorables, on peut cependant améliorer le pronostic opératoire. Au cours même de l'intervention, on injecte de l'insuline, du sérum glycosé, des toni-cardiaques à hautes doses. Le même traitement est poursuivi après l'acte opératoire.

M. DELAGENIÈRE (du Mans) étudie la question des gangrènes des membres. Il insiste sur la nécessité de dissocier la part du terrain diabétique et celle de l'artérite dans la production des accidents gangreneux.

Il conclut à la supériorité de l'artériectomie chez les non-diabétiques, et au contraire à la supériorité de la sympathectomie péri-artérielle chez les diabétiques.

M. MAYER (de Bruxelles) a obtenu la guérison d'une gangrène diabétique du pied par simple sympathectomie péri-fémorale. Un traitement insulinique pré et post-opératoire s'ajoutant à l'intervention a permis d'éviter l'amputation.

M. CHABANIER (de Paris) souligue l'importance du facteur glycémique et la nécessité de réduire toute glycémie avant d'opérer.

Des hyperglycémies méconnues ont parfois entraîné des désastres à l'occasion d'interventions minimes.

L'auteur insiste sur les heureux résultats du traitement insulinique quand il est poursuivi pendant de longues années.

M. RATHERY (de Paris) fait l'éloge des rapports présentés et expose des idées personnelles sur les différents chapitres étudiés.

Il craint des interprétations erronées en ce qui touche la glycémie, en raison des variabilités de ce test au cours d'une même journée. La glycosurie aurait une valeur pronostique plus grande.

L'auteur rappelle en quoi consiste le traitement médical actuel du diabète et conclut à la nécessité pour une bonne préparation opératoire d'éviter surtout la déshydratation par la purge et le jeûne pré-opératoire. Il importe d'augmenter la ration de féculents, d'employer le sérum glycosé rectal et l'insuline, les toni-cardiaques, le bicarbonate de soude.

De plus, l'auteur se montre l'adversaire de l'exérèse large des anthrax. Les gangrènes des membres exigent souvent l'amputation haute ; mais il ne faut pas opérer trop tôt. L'oscillométrie ne donne pas toujours des renseignements très précis. D'autre part, l'artériographie est dangereuse sur le diabétique.

(*A suivre.*) DARIAU.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 novembre 1936.

M. HARTMANN, président, fait part du décès de M. le professeur Ed. Perroncito (de Turin), membre associé étranger.

Service des vaccinations. — M. LEREBOULLET présente le rapport sur la vaccine. Le rapport se termine par les vœux suivants, qu'il propose à l'Académie d'adopter :

« L'Académie insiste sur la nécessité d'une stricte observance des dispositions actuellement en vigueur réglementant la vaccination obligatoire.

« Elle souligne notamment qu'il est important d'obtenir : que les listes des assujettis soient établies par les municipalités avant la tenue des séances de vaccination et de revaccination ; que ces séances soient toujours suivies d'une séance correspondante de revision ; qu'aucun certificat, même provisoire, ne soit délivré si le sujet vacciné n'est pas revenu à la séance de contrôle ; que les maires des différentes communes se conforment à leurs obligations définies à l'article 11 du décret du 27 juillet 1903 concernant les réfractaires ; que la population féminine n'échappe pas à la revaccination obligatoire au cours de la vingt et unième année.

« L'Académie émet d'autre part le vœu qu'un contrôle systématique soit exercé par l'Institut supérieur de

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

vaccine sur tous les lots de vaccin antivariolique au double point de vue de leur activité spécifique et de leur pureté bactériologique. Elle propose le rejet de toute préparation vaccinale glycérinée renfermant des germes anaérobies, des streptocoques ou plus de cinq mille germes par centimètre cube. »

Les contaminations intérieures dans les hôpitaux d'enfants. — M. ROBERT DEBRÉ, rapporteur de la commission chargée d'étudier cette question, propose à l'Académie les conclusions suivantes :

« 1º Le dispositif en boxes individuels doit être généralisé à tous les hôpitaux d'enfants.

2º Des dispositifs doivent être pris pour éviter dans les consultations et les services spéciaux (service radiologique, service de rayons ultra-violets, etc.) le contact des enfants hospitalisés entre eux et des enfants hospitalisés avec les enfants venus du dehors.

3º Les disciplines prophylactiques imposées au personnel infirmier et médical et aux étudiants en médecine doivent être renforcées.

4º Les visites des familles doivent être supprimées dans les pavillons de nourrissons et sévèrement réglementées dans les pavillons de grands enfants.

5º Le triage des enfants suspects dans les consultations doit être mieux assuré, notamment par l'adjonction d'un interne supplémentaire.

6º Il est tout particulièrement recommandé de créer un service spécial de lutte contre les contaminations intérieures dans chaque hôpital d'enfants. »

Rôle du bacille bovin dans l'étiologie de la méningite tuberculeuse de l'enfant. — MM. E. LESNÉ, A. SAENZ, M. SALEMBIEZ et L. COSTIL. — Le rôle du bacille bovin dans l'étiologie de la méningite tuberculeuse de l'enfant est une question fort peu étudiée en France. Et cependant il mérite d'être précisé, car le bacille bovin manifeste à l'égard de l'espèce humaine une virulence égale à celle du bacille tuberculeux type humain.

C'est surtout dans les pays scandinaves et en Angleterre — où l'ingestion de lait cru de vache ou de laitages crus est de pratique courante — que les travaux sur la recherche du bacille bovin dans la méningite tuberculeuse de l'enfant ont été poursuivis. En Angleterre et au Danemark, il est des statistiques impressionnantes, qui décèlent le bacille bovin dans 25 à 40 p. 100 des cas de méningite tuberculeuse de l'enfant.

Depuis quatre ans, M. Lesné et ses collaborateurs ont étudié 138 cas de méningites chez des enfants allergiques et n'ayant pas été vaccinés par le BCG.

Dans 8 cas seulement la culture du liquide céphalo-rachidien sur milieu de Lœwenstein est restée négative ; or l'évolution clinique a révélé qu'il s'agissait de syndromes méningés non tuberculeux et curables (réactions méningées secondaires, méningite séreuse bénigne). Cette méthode de dépistage du bacille de Koch est plus rapide er certainement aussi sûre que l'inoculation au cobaye, qu'elle remplace avantageusement.

Sur les 130 cas étudiés, 121 ont fourni une culture de type humain et 9 une culture de bacilles bovins.

La plupart des enfants contaminés par le bacille bovin avaient été élevés à la campagne et avaient ingéré du lait ou des laitages crus pendant une longue période ; la notion de contamination interhumaine ne fut pas démontrée ; l'infection par le lait est donc évidente.

Le lait bacillaire est loin d'être exceptionnel, tant en France qu'à l'étranger, il provient de vaches atteintes de mammite tuberculeuse ou même de vaches tuberculeuses dont les mamelles sont apparemment saines ; il peut aussi être infecté par les poussières de l'étable ou les excréments d'animaux malades dans la même étable.

Certes, la contamination interhumaine est la règle et doit demeurer la notion essentielle de la prophylaxie en tuberculose infantile, et l'infection par le bacille bovin est l'exception ; mais cependant le nombre des cas de méningites tuberculeuses relevant de cette étiologie n'est pas négligeable, et *une fois de plus se pose la question toujours en suspens du contrôle du lait.*

Les conclusions pratiques qui découlent de ces recherches sont simples et nettes : c'est l'usage pour les enfants d'un lait contrôlé dès la production, à l'étable ; ce lait sera de plus bouilli ou stérilisé.

Etudes électro-encéphalographiques. — MM. MARINESCO, SAGER et KREINDTER.

Sur la vaccination anticharbonneuse au moyen des vaccins lanolinés. — M. PINOY.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 13 *novembre* 1936 (suite).

Cachexie hypophysaire. — M. DE GENNES présente une malade qui après avoir eu à l'âge de huit ans une crise de rhumatisme articulaire aigu suivie d'endocardite mitrale et de chorée, avait présenté une obésité progressive avec hyperpilosité. Elle avait depuis souffert à trois reprises de rhumatisme articulaire aigu et de chorée dont les accès récidivaient chaque année. A dix-sept ans, à la suite d'un zona, la chorée cesse brus- quement, les règles disparaissent tandis que s'installe un amaigrissement progressif accompagné de gros œdèmes, d'atrophie des seins, de chute des poils et des dents, d'hypoglycémie et secondairement de troubles mentaux. En quatre ans la malade passe de 70 à 30 kilos. Elle est traitée par l'extrait de lobe antérieur d'hypophyse en injections sous-cutanées dont elle reçoit 220 piqûres consécutives. Dès les premières, l'embonpoint reparaît, l'appétit revient, les œdèmes fondent, les poils repoussent rapidement, les troubles psychiques disparaissent. Actuellement la malade présente un aspect de guérison, mais les règles restent abolies.

L'auteur insiste sur les caractères d'organicité de ce cas, et sur le danger qu'il y a à se contenter trop souvent du diagnostic d'anorexie mentale. Il fait remarquer ainsi que les œdèmes, qu'il a signalés dans une précédente observation, semblent liés directement au trouble endocrinien. Cette observation de cachexie hypophysaire survenant au décours d'une chorée récidivante et remplaçant jour pour jour les accès choréiques soulève enfin la question des corrélations neuro-endocriniennes et l'auteur admet qu'un virus qui a touché les noyaux gris de la base peut gagner ceux du tuber et créer le syndrome d'insuffisance antélobaire.

M. MAY souligne l'intérêt pratique de ce cas qui montre

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

l'activité de certains extraits hypophysaires ; il souligne également l'importance des corrélations glandulaires.

M. Azerad a suivi plusieurs années un cas analogue.

Séance du 20 novembre 1936.

Episodes d'expectoration bacillifère dans les abcès du poumon. — M. P. Ameuille, Mme Dubois-Verlière et M. O. Hercelles, rappellent que parmi les formes d'association tuberculose et abcès du poumon, il en est une très singulière faite du passage de bacilles tuberculeux dans les crachats des suppurations non tuberculeuses, fétides ou non.

Grâce à un tour de main spécial, ils ont pu inoculer des quantités importantes de ces crachats au cobaye sans les tuer ; ils sont ainsi arrivés à déceler le passage du bacille tuberculeux dans 40 p. 100 d'une première série de cas.

En répétant l'inoculation chaque semaine pendant plus de deux mois dans les cas négatifs, ils ont pu observer dans deux de ces cas des passages épisodiques, et monter ainsi la proportion à près de 60 p. 100.

M. Sergent confirme ces notions qui sont également vraies pour certains cancers du poumon qui provoquent l'effondrement de lésions tuberculeuses anciennes. Il peut s'agir aussi de la réactivation d'un foyer tuberculeux.

Forme anurique de la lymphogranulomatose maligne. — MM. Duvoir, Pollet, Basset et M. Logeais rapportent l'observation d'une malade atteinte de maladie de Hodgkin depuis trois ans, qui présenta à deux reprises, à un mois d'intervalle, une anurie complète avec œdèmes, azotémie, diminution des lipides et inversion du rapport sérine / globuline. L'absence de toute autre cause décelable d'anurie, la coexistence d'une poussée évolutive de lymphogranulomatose maligne, la curabilité rapide par la radiothérapie lombaire, ont amené les auteurs à attribuer cette anurie récidivante à la maladie de Hodgkin, sans qu'ils puissent préciser son mécanisme d'action, vraisemblablement compression urétérale ou infiltration rénale. Il leur paraît cependant légitime d'isoler une véritable forme anurique de la maladie de Hodgkin.

Atélectasie pulmonaire, apnée du nouveau-né et hémorragie méningée. — MM. Robert Debré, Julien Marie, Maurice Lamy et de Font-Réaulx rapportent l'observation d'un nouveau-né prématuré présentant un syndrome respiratoire ayant débuté le septième jour de la vie par de la toux ; le vingt et unième jour apparaît une crise d'apnée, puis des troubles du rythme respiratoire s'accentuant pour réaliser une dyspnée très remarquable caractérisée par des périodes de tachypnée (150 mouvements environ à la minute) séparées par des pauses respiratoires.

Les examens radiologiques permettent d'affirmer une atélectasie du poumon droit. Une tentative bronchoscopique pour déboucher les bronches lobaires droites et un pneumothorax artificiel pour essayer de replacer en position médiane la masse cardio-médiastine sont mis en œuvre. Finalement l'enfant meurt le cinquante-neuvième jour. L'autopsie confirme l'atélectasie du poumon droit et de certaines zones du poumon gauche, mais révèle en outre une hémorragie méningée sous-piale bulbo-protubérantielle.

Les auteurs insistent sur les conclusions suivantes :

1° Une observation complète et typique démontre qu'une atélectasie pulmonaire pure, cliniquement primitive du tout petit enfant peut être provoquée par une hémorragie méningée ;

2° Que cette atélectasie peut s'accompagner de troubles graves du rythme respiratoire ayant la même origine ;

3° Que l'hémorragie méningée peut en pareil cas être tout à fait latente par ailleurs, le liquide rachidien étant normal.

Il importera donc dans l'avenir, dans tous les cas appartenant à ce groupe morbide, d'étudier à la fois les troubles graves du rythme respiratoire chez le nouveau-né, les syndromes de toux et de dyspnée sans fièvre ni signe infectieux, de vérifier à cet égard l'association de ces troubles avec une atélectasie pulmonaire et de chercher leur origine dans une hémorragie méningée.

Une expérience sur l'atélectasie pulmonaire. — MM. Léon Binet et Ch. Jaulmes utilisent une préparation du poumon de chien isolé, perfusé et artificiellement ventilé. Ils démontrent, avec photographies à l'appui, que du seul fait d'une hypoventilation, des lésions d'atelectasie peuvent apparaître et que ces lésions sont guéries de façon durable par l'hyperventilation.

Phlegmon gazeux cervical à Bacillus fonduliformis. — MM. A. Lemierre, A. Laporte et Bloch Michel rapportent l'observation d'un homme qui trois jours après le début d'un abcès périamygdalien présenta un adénophlegmon cervical qui fusa rapidement dans le tissu cellulaire sous-cutané présternal, donnant une sensation de crépitation gazeuse. L'incision donna issue à un pus fétide contenant un streptocoque hémolytique aérobie et un bacille fonduliformis ; le malade guérit sans présenter de septicémie.

Les auteurs soulignent le rôle du bacille fonduliformis dans la production des abcès amygdaliens et péri-amygdaliens ; ce germe peut déterminer, non seulement des septicémies consécutives à une thrombophlébite, mais encore des adénophlegmons à tendance rapidement extensive dont le pronostic est beaucoup moins grave.

Recherches sur l'intoxication cyanhydrique. — MM. H. Bénard et Félix-Pierre Merklen rappellent que les faibles doses d'acide cyanhydrique ou de cyanure déclenchent une véritable « dyspnée cyanhydrique » à laquelle il faut rattacher l'angoisse traumatique signalée par Milian au cours d'injections intraveineuses de cyanure de mercure. Cette stimulation respiratoire est avant tout d'origine réflexe, due à l'excitation des zones réflexogènes vaso-sensibles, en particulier de la zone sino-carotidienne, ou plus exactement du corpuscule carotidien annexé à la bifurcation carotidienne.

L'action toxique des fortes doses d'acide cyanhydrique ou de cyanure est due non à la formation de cyanhémoglobine, mais à la suppression des phénomènes d'oxydation, au blocage des oxydations cellulaires et tissulaires. Les auteurs rapportent à ce propos les résultats de leurs recherches sur la diminution de la consommation d'oxygène de lapins ou d'organes isolés et perfusés sous l'influence du cyanure de potassium. Ils discutent l'action curative dans l'intoxication cyanhydrique de l'hyposulfite de soude, que leurs rechercher paraissent mettre en

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

doute, tout au moins quant à son emploi isolé, même par voie intraveineuse.

M. JUSTIN-BESANÇON rappelle qu'on peut empêcher l'intoxication chez le pigeon par injection préventive d'hyposulfite de soude ; l'administration de tyroxine supprime les troubles respiratoires observés après injection de cyanure. Il souligne l'action fugace des composés cyanhydriques ; ils doivent être supprimés de l'arsenal thérapeutique et remplacés par d'autres excitants du sinus carotidien (lobiline, etc.).

Maladie de Hodghin à forme de fièvre ondulante. MM. H. GRENET, P. ISAAC-GEORGES et A. BRAULT rapportent l'histoire d'un enfant de quatorze ans et demi qui fut atteint d'une fièvre ondulante : celle-ci se poursuivit pendant plusieurs mois avec une extrême régularité, sans s'accompagner d'aucun autre signe physique qu'une splénomégalie d'ailleurs modérée. Toutes les épreuves de laboratoire (séro-diagnostic de la fièvre de Malte, intradermo-réaction à la mélitine, séro-diagnostic typhique, hémocultures), demeurèrent négatives. Lorsqu'on finit par soupçonner la possibilité d'une lymphogranulomatose, d'après les indications données par Lemierre et Reilly, on fit une biopsie d'un ganglion sus-claviculaire, peu volumineux ; et l'examen histologique fait par Delarue montra des lésions caractéristiques, avec cellules de Sternberg. La radiothérapie splénique d'abord, puis l'irradiation totale, ne donnèrent aucun résultat, et l'enfant succomba après une évolution de huit mois. L'autopsie n'a pas pu être faite.

M. BRULÉ souligne les difficultés du diagnostic et rapporte un cas analogue observé chez un adulte.

M. LEMIERRE souligne l'existence de lymphogranulomatoses ayant l'aspect d'une fièvre ondilante cryptogénétique.

M. MILIAN rappelle l'importance du prurit.

M. DEBRÉ montre qu'il faut toujours penser à la lymphogranulomatose en cas de fièvre ondulante : chez l'enfant, il existe des cas d'anémie fébrile avec hypogranulocytose qui s'en rapprochent.

Exostoses ostéogènes avec complications médullaires. — MM. URECHIA et ELEKES (Cluj),

Hemomyélite aiguë ; contrôle anatomique. — M. URECHIA (Cluj),

Angine de poitrine : opération de Danielopolu, guérison. — MM. B. THÉODORESCO et ASLAU.

JEAN LEREBOULLET.

NOUVELLES

Clinique des maladies nerveuses. — M. le professeur GUILLAIN a commencé son cours de clinique, le vendredi 13 novembre, à 10 h. 30, à l'hospice de la Salpêtrière (amphithéâtre de la clinique Charcot). Il continue son enseignement les mardis, à 10 heures (policlinique à la salle des consultations externes de l'hôpital) et les vendredis, à 10 h. 30 (amphithéâtre de la clinique Charcot).

Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. le professeur LAIGNEL-LAVASTINE a commencé son cours le lundi 16 novembre 1936, à 16 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine et continue ce cours les lundis suivants à la même heure.

PROGRAMME DU COURS. — Histoire de la goutte et du rhumatisme :

16 *Novembre* 1936 : Définition et division.

23 *Novembre* : La goutte, l'humorisme, les Asclépiades.

30 *Novembre* : La goutte à Alexandrie, Rome et Byzance.

7 *Décembre* : La goutte et les écoles dogmatique, pneumatique, méthodique, galénique.

14 *Décembre* : La goutte au moyen âge et à la Renaissance.

21 *Décembre* : La goutte du XVIIe au XIXe siècle.

11 *Janvier* 1937 : Le rhumatisme avant Bouillaud.

18 *Janvier* : Le rhumatisme articulaire aigu.

25 *Janvier* : Le cœur rhumatismal.

1er *Février* : Rhumatisme chronique et arthropathies : Charcot.

15 *Février* : Localisations articulaires des infections et intoxications.

22 *Février* : La rhumatologie ; la Ligue internationale contre le rhumatisme.

Clinique médicale de l'hôpital Cochin. — Professeur : M. Marcel LABBÉ.

M. le professeur Marcel Labbé commencera ses leçons à l'amphithéâtre de la clinique médicale le mardi 24 novembre 1936, à 10 h. 30, et les continuera les mardis suivants, à la même heure.

Tous les matins, de 9 heures à 10 h. 30 : Leçon de séméiologie et examen de malades par les chefs de clinique : MM. Thiéry, Antonelli et Ménétrel.

A 10 heures : Visite dans les salles de malades, par M. Boulin, agrégé.

Les lundis, mercredis et jeudis, à 10 h. 30 : Présentation de malades par le professeur Labbé ou par MM. Azerad, Justin-Bezançon, agrégé, médecins des hôpitaux et Uhry, ancien chef de clinique.

Le samedi, à 10 h. 30 : Discussion des observations des malades sortis du service, sous la direction du professeur M. Labbé.

Tous les matins, à 9 heures : Consultation dans le service.

Lundi : Maladies de la digestion et de la nutrition, par M. Bith, ancien chef de clinique.

Mercredi : Maladies de la digestion et de la nutrition, par M. Carrié, médecin des hôpitaux.

Jeudi : Rhumatismes, par M. Coste, agrégé, médecin des hôpitaux, et M. Justin-Besançon, agrégé, médecin des hôpitaux.

Vendredi : Maladies de la digestion, de la nutrition et des glandes endocrines, par le professeur M. Labbé.

Samedi : Maladies des glandes endocrines, par MM. Azerad et Gilbert-Dreyfus, médecins des hôpitaux.

Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu). — Professeur : M. F. TERRIEN. — PROGRAMME GÉNÉRAL DES COURS ET CONFÉRENCES. — M. le professeur F. Terrien a recommencé ses leçons cliniques le vendredi 13 novembre 1936, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre Dupuytren, et les continue les vendredis suivants, à la même heure.

NOUVELLES *(Suite)*

ORDRE DU SERVICE. — Les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. 30 : Consultation expliquée.

Les mardis et jeudis, à 9 h. 30 : Opérations ; à 10 heures : Enseignement des stagiaires.

Les lundis, à 10 h. 30 : Présentation de malades.

Les vendredis, à 10 h. 30 : Leçons cliniques.

Les samedis, à 10 heures : Examens de laboratoire.

INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE. — M. le professeur F. Terrien commencera le mardi 3 novembre 1936, à 10 h. 30 du matin (amphithéâtre Dupuytren), une série de cinq conférences sur les affections oculaires d'origine exotique et les continuera les mardis suivants, à la même heure.

ENSEIGNEMENT POUR LES STAGIAIRES (conférences pratiques). — M. le professeur F. Terrien, assisté de MM. les Drs Renard, agrégé, Veil et Dollfus, ophtalmologistes des hôpitaux, Blum, Hudelo, Mme Vallon, Joseph et Dupuy-Dutemps, chefs de clinique et assistants, commencera le jeudi 5 novembre 1936, à 10 heures, une série de conférences essentiellement pratiques, avec présentation de malades, projections en couleurs, etc., et les continuera pendant tout le semestre d'hiver, les mardis et jeudis suivants, à la même heure.

CONFÉRENCES CLINIQUES. — M. le professeur Strohl, MM. les Drs Sainton, Velter, Renard, Veil, Bourdier, Monbrun, médecins et ophtalmologistes des hôpitaux, feront en décembre 1936, janvier, février, mars 1937, une série de conférences sur quelques grands syndromes généraux en rapport avec l'ophtalmologie.

COURS DE PROPHYLAXIE OCULAIRE. — M. le professeur F. Terrien, assisté de MM. les Drs Renard et de Mme Vallon, fera à l'École de puériculture, en juin et juillet 1937, un cours en cinq leçons sur la prophylaxie des troubles oculaires de l'enfance.

COURS DE NEUROLOGIE OCULAIRE. — M. Velter, agrégé, et M. le Dr Tournay commenceront en février-mars 1937 un cours en quinze leçons sur les manifestations oculaires des maladies du système nerveux. L'horaire et le programme de ce cours seront annoncés ultérieurement.

COURS DE PERFECTIONNEMENT. — M. le professeur F. Terrien, assisté de M. le professeur Lacassagne, de MM. Velter, Dognon, Renard, agrégés, Ledoux-Lebard, chargé de cours, et de MM. les Drs Sainton, Ramadier, Cousin, P. Veil, J. Blum, Dollfus, Hudelo, Mme Vallon, Joseph, fera en mai et juin 1937 un cours de technique ophtalmologique (technique opératoire, technique de lampe à fente, radiologie et radiothérapie oculaires, technique ophtalmométrique et notions pratiques d'optométrie, neurologie oculaire, étude des grands syndromes ophtalmologiques et de leurs rapports avec l'oto-rhinologie et la pathologie générale. Travaux pratiques de médecine opératoire et manipulations de laboratoire).

COURS DE CHIRURGIE OCULAIRE. — M. le professeur F. Terrien, MM. Velter, Renard, agrégés, et MM. les Drs P. Veil, Dollfus, ophtalmologistes des hôpitaux, J. Blum, Hudelo, Mme Vallon et Joseph, feront pendant le mois d'octobre 1937 un cours de technique chirurgicale avec exercices pratiques de médecine opératoire.

COURS DE LABORATOIRE. — Sous la direction de M. le professeur F. Terrien, MM. Renard et Hudelo, ancien chef et chef de laboratoire, feront en octobre 1937 un cours de technique de laboratoire appliquée à l'ophtalmologie avec exercices pratiques.

Cours de médecine légale. — M. le professeur BALTHAZARD a commencé ce cours le vendredi 13 novembre, à 18 heures (grand amphithéâtre), assisté de MM. Duvoir, agrégé, chef des travaux, et Piédelièvre, agrégé, et de M. Hugueney, professeur à la Faculté de droit.

Le cours a lieu tous les jours, à la même heure et au même amphithéâtre.

M. le professeur Balthazard (lundis, mercredis et vendredis des mois de novembre et décembre) : Attentats à la pudeur, viol et perversions sexuelles, hermaphrodisme. Grossesse, avortement et infanticide. Coups et blessures. Le problème de l'identité ; anthropométrie et dactyloscopie. Examen des taches, poils, etc.

M. Piédelièvre, agrégé (lundis, mercredis et vendredis des mois de janvier et février) : Morts suspectes. Phénomènes cadavériques. Asphyxies mécaniques ; asphyxies par les gaz et vapeurs. Empoisonnements.

Première leçon, le vendredi 13 novembre 1936.

M. Duvoir, agrégé, chef des travaux : voir l'affiche de l'Institut d'hygiène industrielle) : Intoxications aiguës et intoxications professionnelles. La médecine du travail.

M. le professeur Hugueney (tous les samedis du 1er semestre) : Législation et jurisprudence médicales.

Accidents du travail, maladies professionnelles, médecine sociale. Tous les jeudis (voir le programme détaillé sur l'affiche spéciale).

COURS PRATIQUE. — 1° Autopsies à l'Institut médico-légal, les lundis, mercredis, vendredis, à partir du vendredi 13 novembre, de 14 à 15 heures : les mercredis, par M. le professeur Balthazard ; les lundis, par M. Piédelièvre, agrégé ; les vendredis, par M. Duvoir, agrégé, chef des travaux pratiques.

(Les élèves du nouveau régime devront justifier, pour l'examen, de dix présences aux autopsies de l'Institut médico-légal.)

2° Travaux pratiques de médecine légale et de toxicologie (consulter l'affiche spéciale).

3° Expertises d'accidents du travail, de pensions de guerre et de maladies professionnelles (consulter l'affiche spéciale).

Thèses de la Faculté de médecine de Paris. — 23 *Novembre.* — M. FOUASSIER, Avortement médicalement provoqué chez la femme atteinte de tuberculose pulmonaire chronique. — M. LICHAA, Pronostic du coma diabétique.

25 *Novembre.* — M. DULOT, Traitement des fractures du col du fémur par l'enchevillement. — Mlle DE MATTOS, Oxygénothérapie. Nouveau dispositif de vente d'oxygène. — M. JALLADEAU, Malformations congénitales associées aux syndromes de Klippel-Feil. — M. GOLDBAND, Distribution et prophylaxie de la fièvre typhoïde en Pologne. — M. MICHEL, La destruction des ordures ménagères par la méthode du dépôt contrôlé.

26 *Novembre.* — M. SOUTELLE, Études statistiques médico-sociales sur 2 000 bénéficiaires de l'assurance « Invalidité ». — M. GIRARD, Statistiques de 18 années de lutte antisyphilitique, au dispensaire d'Angers (1918-1935). — M. MARTIN, Étude du traitement des arthrites

NOUVELLES *(Suite)*

gonococciques par la sérothérapie. — M. CASTRO, Étude des modes de début des syndromes parkinsoniens.

28 *Novembre*. — M. DEVOUCOUX, Utilisation de l'extrait amygdalien dans le traitement des hypertrophies des amygdales. — M. CHEVALLIER, Considérations sur le traitement de l'acrodynie infantile. — M[lle] GRIBOVAL, La première attaque de la maladie de Bouillaud chez l'enfant.

Institut de médecine légale et de psychiatrie. — La présence des élèves est obligatoire à tous les cours et conférences.

MÉDECINE LÉGALE. — *Cours théoriques* de médecine légale, d'accidents du travail, de maladies professionnelles, de pensions de guerre, de médecine sociale.

Ces cours seront professés les lundis, mardis, mercredis, jeudis, vendredis et samedis, de 18 heures à 19 heures, pendant le semestre d'hiver, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine :

1° Médecine légale, toxicologie et déontologie, par M. le professeur Balthazard, les lundis, mercredis et vendredis des mois de novembre et décembre 1936, et par M. Piédelièvre, agrégé, les lundis, mercredis et vendredis des mois de janvier et février 1937 ;

2° Législation et jurisprudence médicales, par M. le professeur Hugueney, de la Faculté de droit, tous les samedis ;

3° Médecine du travail et intoxications professionnelles, par M. Duvoir, agrégé, chef des travaux pratiques (voir affiche de l'Institut d'hygiène industrielle) ;

4° Accidents du travail, maladies professionnelles, médecine sociale, tous les jeudis (voir le programme détaillé de l'affiche spéciale sur la médecine sociale).

Cours pratiques. — 1° Autopsies à l'Institut médico-légal (place Mazas), pendant le semestre d'hiver, de 14 heures à 15 heures.

Le mercredi, par M. le professeur Balthazard ;

Le lundi, par M. le D[r] Piédelièvre, agrégé ;

Le vendredi, par M. le D[r] Duvoir, agrégé, chef des travaux pratiques.

Pendant le semestre d'été, les élèves procéderont eux-mêmes aux autopsies et seront exercés à la rédaction des rapports, les mêmes jours, aux mêmes heures.

2° Travaux pratiques de médecine légale (applications des méthodes de laboratoire à la pratique médico-légale), les lundis, de 15 heures à 16 h. 30, sous la direction de M. le D[r] Duvoir, agrégé, chef des travaux, avec le concours de M. le D[r] Piédelièvre, agrégé, de M. le D[r] Dérobert, chef du laboratoire, et de M. le D[r] Hausser, préparateur du cours.

3° Travaux pratiques de toxicologie, sous la direction de M. Kohn-Abrest, docteur ès sciences, chef des travaux toxicologiques, au laboratoire de toxicologie (Institut médico-légal), les vendredis, de 15 heures à 16 h. 30.

4° Expertises d'accidents du travail, de maladies professionnelles, de pensions de guerre et d'assurances sociales, sous la direction de M. le professeur Balthazard, assisté de MM. les D[rs] Duvoir et Piédelièvre, le mercredi, à 15 heures, à partir du 6 janvier 1937 (laboratoire de médecine légale, à l'Institut médico-légal).

PSYCHIATRIE. — *Cours de clinique psychiatrique.* — Le cours aura lieu tous les mercredis, à 10 h. 30, à la clinique des maladies mentales, et le dimanche matin, à la même heure (asile Sainte-Anne). Les élèves devront également suivre les policliniques de M. le professeur H. Claude, les samedis matins.

Examen des malades et rédaction des rapports. — M. le D[r] A. Ceillier, médecin expert, dirigera ces exercices à la Clinique des maladies mentales, asile Sainte-Anne, tous les jeudis, de 15 h. 30 à 17 h. 30.

CONDITIONS D'ADMISSION AUX COURS ET CONFÉRENCES DE L'INSTITUT DE MÉDECINE LÉGALE ET DE PSYCHIATRIE. — Les docteurs en médecine français et étrangers, les étudiants en médecine français et étrangers (titulaires de 16 inscriptions A. R. ou 20 inscriptions N. R.), sont admis à suivre les cours et conférences de l'Institut de médecine légale et psychiatrie après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures. Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance, doivent être produits au moment de l'inscription.

Les droits à verser sont de : 1 droit d'immatriculation, 150 francs ; 1 droit de bibliothèque, 60 francs ; 4 droits trimestriels de laboratoire de 150 francs, soit 600 francs ; 1 droit d'examen, 20 francs.

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

28 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôtel-Dieu. Clinique médicale, 10 h. 30. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

28 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique obstétricale Tarnier, 10 h. 30. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

28 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôtel-Dieu. Clinique chirurgicale, 10 heures. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

28 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades. Clinique de médecine infantile, 9 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

28 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades. Clinique chirurgicale infantile, 10 h. 30. M. le professeur OMBRÉDANNE : Leçon clinique.

28 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Cochin. Clinique orthopédique, 10 heures. M. le professeur MATHIEU : Leçon clinique.

29 NOVEMBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Conférences du dimanche. M. SIREDEY : Septicémies à pneumocoques.

29 NOVEMBRE. — *Paris.* Asile Sainte-Anne. Clinique

NOUVELLES (*Suite*)

des maladies mentales, 10 h. 30. M. le professeur CLAUDE : Leçon clinique.

30 NOVEMBRE. — *Paris*. Clinique médicale propédeutique de l'hôpital Broussais-la Charité, 56, rue Didot. M. le professeur Émile SERGENT : Cours de perfectionnement sur les suppurations bronchiques, pulmonaires et pleurales.

30 NOVEMBRE. — *Alger*. Concours de médecin adjoint de l'hôpital de Bône.

30 NOVEMBRE. — *Paris*. Assistance publique. Concours pour la nomination à deux places d'assistants d'électroradiologie des hôpitaux.

30 NOVEMBRE. — *Paris*. Date limite pour l'inscription au concours Vulfranc-Gerdy (de l'Académie de médecine).

30 NOVEMBRE. — *Toulouse*. Faculté de médecine. Date limite pour l'inscription en vue du concours de chef de clinique des maladies des voies respiratoires.

30 NOVEMBRE. — *Paris*. Ministère de la Santé publique. Date limite pour l'inscription au concours de médecin adjoint des sanatoriums publics.

1er DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine, 11 heures. M. le professeur GRÉGOIRE : Leçon clinique.

1er DÉCEMBRE. — *Paris*. Sorbonne. Concours pour la nomination d'un interne résidant et la désignation de cinq internes suppléants à la Cité universitaire.

2 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique de la première enfance. Hospice des Enfants-Assistés, 10 h. 45. M. le professeur LEREBOULLET : Leçon clinique.

2 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital Broussais. Clinique propédeutique, 11 heures. M. le professeur SERGENT : Leçon clinique.

2 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital Saint-Louis, 21 h. 30. M. le professeur GOUGEROT : Leçon clinique.

2 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital Saint-Antoine. Clinique médicale, 11 heures. M. le professeur CLERC : Leçon clinique.

3 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital Cochin, clinique chirurgicale, 10 heures. M. le professeur LENORMANT : Leçon clinique.

3 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hospice de la Salpêtrière, clinique chirurgicale, 11 h. 15. M. le professeur GOSSET : Leçon clinique.

3 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital Claude-Bernard, clinique des maladies infectieuses, 11 heures. M. le professeur LEMIERRE : Leçon clinique.

3 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, 11 heures. M. le professeur LOEPER : Leçon clinique.

3 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital de la Pitié, clinique thérapeutique médicale, 10 h. 30. M. le professeur RATHERY : Leçon clinique.

3 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital de la Pitié, clinique obstétricale, 11 heures. M. le professeur JEANNIN : Leçon clinique.

3 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital Necker, clinique urologique, 10 heures. M. le professeur MARION : Leçon clinique.

3 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital Lariboisière, 10 h. 30. M. le professeur LEMAITRE : Leçon clinique.

3 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital Broussais, clinique cardiologique, M. le professeur LAUBRY : Leçon clinique.

4 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôtel-Dieu, clinique ophtalmologique, 10 h. 30. M. le professeur TERRIEN : Leçon clinique.

4 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique obstétricale Baudelocque, 11 heures. M. le professeur COUVELAIRE : Leçon clinique.

4 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hospice de la Salpêtrière, clinique neurologique, 10 h. 30. M. le professeur GUILLAIN : Leçon clinique.

4 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital Laennec, clinique de

4 DÉCEMBRE. — *Nîmes*. Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Nîmes.

la tuberculose, 11 heures. M. le professeur BEZANÇON : Leçon clinique.

5 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôtel-Dieu, clinique médicale, 10 h. 30. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

5 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique obstétricale Tarnier, 10 h. 30. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

5 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôtel-Dieu, clinique chirurgicale, 10 heures. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

5 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital des Enfants-Malades, clinique de médecine infantile, 9 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

5 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital des Enfants-Malades, clinique chirurgicale infantile, 10 h. 50. M. le professeur OMBRÉDANNE : Leçon clinique.

5 DÉCEMBRE. — *Paris*. — Hôpital Cochin, clinique orthopédique, 10 heures. M. le professeur MATHIEU Leçon clinique.

6 DÉCEMBRE. — *Paris*. Asile Sainte-Anne, clinique des maladies mentales, 10 h. 30. M. le professeur CLAUDE : Leçon clinique.

6 DÉCEMBRE. — *Paris*. Faculté de médecine. Conférences du dimanche. M. René BESNARD : L'éréthisme cardiaque des adolescents, son importance au point de vue individuel et social.

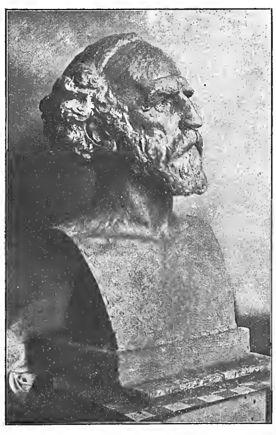
6 DÉCEMBRE. — *Paris*. Ministère de la Santé publique. Date limite pour l'envoi des demandes pour le poste de médecin adjoint résidant au sanatorium Vancauwenberghe à Zuydcoote.

7 DÉCEMBRE. — *Marseille*. Concours de l'internat en pharmacie des hôpitaux de Marseille.

ART ET MÉDECINE

FRANÇOIS DE HÉRAIN
GRAVEUR ET MÉDAILLISTE

La personnalité artistique de M. François de Hérain est trop connue du monde médical dont elle fait partie à plus d'un titre — celui d'ancien interne des hôpitaux de Paris et celui du médailliste de tant de nos plus distingués professeurs — pour qu'il soit nécessaire, dans cette revue, de rappeler certains faits ou certaines dates bien connus de tous.



Buste d'Alexandre Ribot (fig. 1).

Précisons seulement que M. François de Hérain est né à Paris le 10 novembre 1877, qu'il y fit de brillantes études médicales, abandonnées à la fin de son internat par amour de l'art, qu'il est sociétaire de la *Société nationale des Beaux-Arts* à la fois comme peintre, sculpteur et graveur, sociétaire du *Salon d'Automne* et membre de la *Société de la gravure originale en noir* que préside M. Edmond Haraucourt. Disons aussi que M. François de Hérain fit avec succès plusieurs expositions particulières à la *Galerie Georges Petit*, notamment en 1920-1925 et 1929, et qu'on trouve de ses œuvres au Petit-Palais de la Ville de Paris et dans les musées de Marseille, Dieppe, Mulhouse et Arles. Grand voyageur, M. François de Hérain a visité longuement le Maroc dont il a rapporté de nombreux dessins et des albums de gravures fort prisés des amateurs.

Il serait intéressant de mettre en évidence l'influence de la formation médicale de M. F. de Hérain sur son évolution artistique.

Pour lui, l'analyse de la nature et la découverte, au milieu de faits banaux, du trait qui explique, de l'expression qui témoigne d'un état d'âme, voilà quel est son but permanent. En face d'un être humain, le comprendre moralement autant que l'observer physiquement, en donner une sorte de diagnostic psychologique — puis aussi s'en servir pour exprimer une idée plus générale — par exemple l'*irrédentisme*, comme dans sa gravure du *prisonnier Zemmour ;* la *résignation* du musulman devant le malheur, dans sa gravure du nègre aveugle intitulée « *Mektoub* »*;* l'*accablement* du vieillard juif de Fès après tant d'années de persécution, dans sa médaille de *Minoum ;* la *férocité marocaine* dans celle du *mohazni* qui a participé à la mutilation des partisans de ce Rogui qui avait lui-même encagé le sultan Moulaï Hafid.



(fig. 2).

Il ne s'agit pas seulement du caractère ethnographique de ses dessins des albums de types marocains et de sa façon heureuse de démêler les races, de montrer ce qui caractérise un Riata ou un Soussi, mais surtout de sa philosophie de l'art qui est celle d'un artiste passionnément attaché à la vérité. M. François de Hérain s'efforce toujours,

ART ET MÉDECINE *(Suite)*

comme on le voit, de déborder les marges de la simple observation naturaliste. De l'homme, ses recherches rebondissent jusqu'au type et, le dépassant même, touchent à l'expression du caractère, de l'état d'âme.

On en découvre facilement la preuve dans quelques-unes de ses importantes pointes sèches : la *servante provençale* ou le *paysan des Cévennes*, œuvres dans lesquelles M. François de Hérain a mis non seulement tout son beau talent de dessinateur et de graveur, mais encore où il a apporté beaucoup d'observation, de psychologie et de sentiment.

***

La gravure en médaille semble être un des plus puissants moyens d'expression de M. F. de Hérain. C'est une sorte d'aboutissement de son art. Car après avoir fait une place importante au dessin, tant synthétique que modelé par la teinte ou le trait — implicitement dans ses gravures, eaux-fortes et pointes sèches, — l'artiste cherche à donner à ce modelé même le caractère plastique qu'il lui souhaite. Et peut-être davantage que dans ses œuvres purement sculpturales — ce n'est du reste qu'une opinion que nous avons — il atteint sans apparent effort à la fois à la ressemblance, la noblesse, le caractère et le style. Sa dernière médaille du Dr Jayle dont *Paris médical* a donné la reproduction dans un compte rendu du *Salon de la Société nationale des Beaux-Arts*, ses médailles du professeur Hartmann, du professeur Jules Renault, celles des docteurs Delagenière, Pauchet, Michon, Beaudier, en font foi. Sa plaquette marocaine consacrée au mohazni, cet exécuteur sinistre, accuse plastiquement l'effroyable dureté de cœur d'un bourreau. Non seulement la sauvagerie ancestrale, atavique, y est exprimée avec vigueur, mais encore ce mépris de la souffrance d'une âme volontairement fermée à toute pitié.

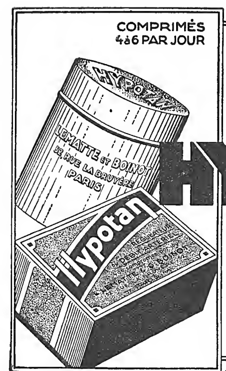
Quel contraste avec la traduction de tous les sentiments nobles et généreux que l'on découvre dans les œuvres précitées, ces médailles médicales où rayonne l'intelligence des modèles.



(fig. 3).

***

Peut-être, jusqu'à ce jour, n'a-t-on pas suffisamment attiré l'attention sur la façon de travailler de M. François de Hérain, non plus sur ses recherches. M. de Hérain, dans ses œuvres de caractère — suivant ses paroles mêmes, — s'efforce de recouper son modèle par tous les moyens que l'art met à sa disposition. Pour prendre un exemple typique, sa *servante provençale*, la vieille Eulalie, des Baux, a été étudiée par la sculpture, la peinture, le dessin, la gravure et la médaille. C'est par cette obstination artistique que l'artiste arrive à donner de ses modèles des représentations si perspicaces et si complètes et à se servir d'eux — souvent à leur insu — comme de véritables

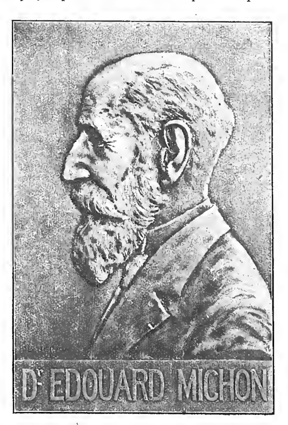

COMPRIMÉS
4 à 6 PAR JOUR
Comprimés
de dérivés de la Choline
actifs par voie digestive
CURE COMPLÉMENTAIRE
DE L'ACÉCOLINE
HYPOTAN
Le régulateur du débit artériel
HYPERTENSION
SPASMES VASCULAIRES
LABORATOIRES CHEVRETIN-LEMATTE
L. LEMATTE ET G. BOINOT
DOCTEURS EN PHARMACIE
52, RUE LA BRUYÈRE - PARIS


DIURÉTIQUE
D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE
Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique
Phosphatée
Lithinée
Caféinée
Ne se délivrent qu'en Cachets
THÉOSALVOSE
Cachets dosés à 0 gramme 25 et à 0 gramme 50 de THÉOSALVOSE
Dose moyenne : 1 à 2 grammes par jour
THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure
Artériosclérose, Affections cardiaques et rénales, Albuminuries, Intoxications, Urémie, Uricémie, Goutte, Gravelle, Rhumatismes, Hydropisie, Maladies infectieuses
Laboratoires André GUILLAUMIN, 13 Rue du Cherche-Midi, 13, PARIS

ART ET MÉDECINE *(Suite)*

symboles. *Eulalie*, n'est-ce pas l'attachement de la servante à la famille, le dévouement de tous les instants, le véritable désintéressement ? N'est-ce pas aussi la modestie paysanne nuancée d'une finesse qu'on ne soupçonnerait pas ?

Nous devons dire que cette variété de moyens employés par M. F. de Hérain pour s'exprimer



(*Cliché Vizzavona*).

(fig. 4).

n'a pas été sans créer une sorte de surprise et parfois sans amener comme des regrets parmi ses confrères, le public et même la Critique. On pardonne rarement aujourd'hui à un peintre de faire de la sculpture, encore moins à un sculpteur de s'exprimer picturalement, ou du moins on ne pardonne qu'aux artistes dont la renommée est universelle, à un Bourdelle, à un Henri-Matisse, à un Picasso par exemple. Mais l'on renvoie en général, qui à ses pinceaux, qui à son ébauchoir, les artistes de second plan sous le fallacieux prétexte que l'on ne fait bien que ce que l'on pratique depuis longtemps. L'intéressant effort pictural de l'excellent sculpteur Elisée Cavaillon n'est-il pas tenu par certains critiques comme négligeable ? Exception faite pourtant pour la gravure considérée par beaucoup d'artistes comme une sorte de violon d'Ingres.

Cependant, cette façon d'œuvrer est pour M. F. de Hérain son meilleur moyen de progression dans la connaissance de plus en plus profonde qu'il prend à travers les années des êtres humains. Cette méthode qui l'apparente aux artistes de la Renaissance est bien loin des habitudes d'une époque où la spécialisation semble à tant d'artistes comme une nécessité, mais les fait aboutir à une sorte de virtuosité sans espoir de grande évolution.

Il y a là matière à de nombreuses réflexions, valables surtout pour les artistes sans grande activité et sans grands moyens d'exécution. Avec un artiste comme M. de Hérain dont le catalogue de gravures que l'on doit prochainement publier contient à lui seul quelque 300 planches, ce qui constituerait déjà un ensemble fort suffisant pour attester les mérites professionnels d'un graveur, il ne peut y avoir matière à discussion et



Pourquoi la vie ? (fig. 5).

nul n'est en droit de lui reprocher de se servir de nouveaux moyens d'expression pour compléter ses études.

Il serait même intéressant — dans une exposition d'ensemble — de pouvoir suivre à travers toutes ses représentations la genèse d'une œuvre jusqu'à son définitif aboutissement. On verrait la

ART ET MÉDECINE *(Suite)*

diversité des moyens d'investigation de l'artiste et leur développement progressif à travers les arts choisis par lui. En suivant la chronologie des œuvres tirées d'un même modèle, on discernerait le passage du cas particulier à l'intention autrement haute qui anime la dernière création. Voilà qui légitimerait sans doute cette manière de



Prisonnier berbère Zemmour. Le dissident (Salon 1934) (fig. 6).

« mettre la Nature à la question » comme le voulait le grand Bacon. Telle planche qui représente l'*aveugle* trouvé à Fès au coin d'un pont et qui, à travers le bronze, après de nombreux dessins, aboutit à *Mektoub*, suffirait à faire comprendre ce que cette méthode, digne du XVIe siècle, peut avoir de fécond pour un artiste passé maître en tous les arts.

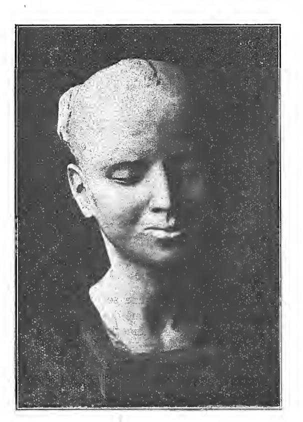
***

Si le grand graveur japonais Hokousaï a pu prendre un jour ce pseudonyme qui veut dire « *le vieillard fou de dessin* » ainsi que s'est plu à le souligner Edmond de Goncourt, c'est bien parce qu'il entendait donner au dessin cette primauté à laquelle il a droit.

Le dessin étant à la base de tous les arts, et M. François de Hérain les pratiquant tous, il n'est pas besoin de préciser la part qu'il tient dans son œuvre. Les dessins de M. de Hérain, souvent traités à la mine de plomb, sont d'une finesse d'exécution et d'une simplicité qui prend sa source au début de l'École française. On a pu dire qu'ils faisaient songer à Clouet par leur sincérité, leur précision et leur noblesse. Tel petit visage d'enfant, tel profil de femme possède le même charme que certaines œuvres du vieux maître.

Par ailleurs, ces profils de médailles ne font-ils point penser aussi à Pisanello ? Ils ont l'acuité et la finesse des œuvres du médailleur italien.

Les dessins de M. François de Hérain nous conduisent tout naturellement à son œuvre gravé qui contient surtout un grand nombre de pointes sèches. La pointe sèche est peut-être de tous les procédés de gravure celui qui permet le moins de repentirs et de truquages. L'artiste aborde le métal directement, griffe pour ainsi dire son cuivre, et la seule vigueur qu'il donne à certains de ses traits accentue la nervosité de son œuvre, met en évidence le caractère de ses modèles.

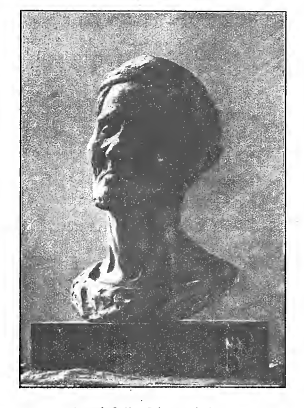


(Cliché Vizzavona.)

Enfant du Sous (Salon 1932) (fig. 7).

Elle permet aussi toutes les délicatesses d'expression qui peuvent convenir à certains tempéraments d'artistes. Il n'est que de voir le parti qu'a su tirer M. François de Hérain de ce genre de gravure pour se rendre compte qu'il était tout à fait adéquat à sa façon de voir et de sentir. Sans doute n'a-t-il pas « le ragoût artiste » de

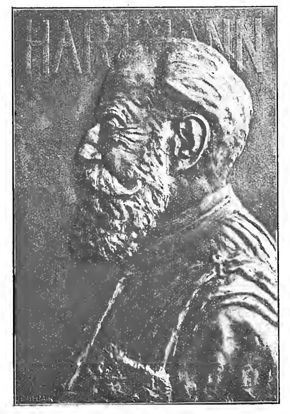
ART ET MÉDECINE *(Suite)*

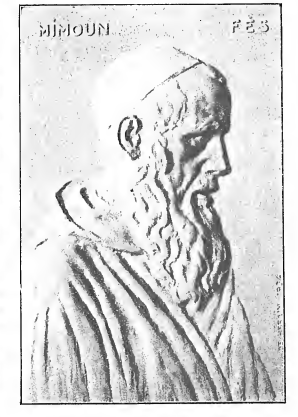


Aveugle de Fez (Salon 1929) (fig. 8).
(Cliché Vizzavona).



Aveugle de Fez. Mektoub (pointe sèche) (fig. 9).





(Cliché Vizzavona) (fig. 10).



(fig. 11).

ART ET MÉDECINE *(Suite)*

l'eau-forte, ne permet-il pas ces sortes d'enveloppements qui depuis Rembrandt sont si chers à tant de peintres, mais, par contre, combien permet-il de délicatesse, de finesses et de subtils jeux dans le travail des lumières ?

A part quelques grandes planches bien connues dont le *paysan cévenol* et la *servante provençale* sont comme les prototypes, M. de Hérain a surtout donné des suites de pointes sèches réunies en albums : trois albums de *types marocains* dont l'un eut l'honneur d'une préface de M. le maréchal Lyautey, et de nombreuses gravures sur la Bretagne, les Ardennes, la Provence, dans lesquels il se montre aussi bon graveur que compréhensif ethnographe.

***

C'est avec Bourdelle que François de Hérain apprit la sculpture. Et le maître lui communiqua un certain lyrisme littéraire qui se retrouve dans plusieurs de ses œuvres, notamment dans son masque de penseur appuyé sur une main et auquel il a donné ce titre : *Pourquoi la vie ?* Le maître du *Centaure mourant* lui a aussi conseillé de procéder toujours par étapes successives et de n'aborder la sculpture d'un sujet qu'après l'avoir longuement étudié par le dessin. Il lui transmit aussi son grand amour de la vie qui se traduisait toujours par tant de dynamisme, même dans ses œuvres les plus monumentales.

M. François de Hérain, comme nous le savons, est un compréhensif portraitiste et nombreux sont ses bustes qu'une certaine flamme intérieure semble irradier de vie. On nous permettra de signaler ceux d'*Alexandre Ribot*, élevé à Saint-Omer en souvenir du grand homme d'État, de l'*Aveugle de Fès* si caractéristique, de l'*Enfant de Sous* si séduisant de forme, et naturellement toute cette très belle série de médailles et de plaquettes médicales dont les plus remarquées furent celles des Drs Hartmann, Michon, Sébilleau, Pauchet, Macaigne, Jules Renault, Jayle, Cristiani et Colombani, série inoubliable à laquelle l'artiste songe bien, dès son retour à Paris, donner une importante suite pour le plus grand plaisir de tous.

GEORGES TURPIN.

REVUE DES CONGRÈS

XXIVe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Paris, 12-14 octobre 1936.

TROISIÈME QUESTION.

LES MÉDICATIONS DU SYMPATHIQUE

PREMIER RAPPORT :

Les médicaments sympatholytiques.

Par Mlle JEANNE LÉVY et M. L. JUSTIN-BESANÇON.

Au point de vue physiologique, les poisons sympatholytiques sont ceux qui empêchent l'excitation d'un nerf sympathique de se manifester. En pharmacologie, il suffit qu'un médicament réalise un certain nombre de manifestations sympatholytiques, en particulier qu'il se montre un antagoniste d'un sympathomimétique parfait (adrénaline), pour qu'il soit classé dans la catégorie des sympatholytiques.

Ces définitions physiologiques et pharmacologiques sont trop souvent perdues de vue en clinique ; nombre de troubles neuro-végétatifs ne sauraient relever d'une thérapeutique sympatholytique.

L'étude expérimentale des sympatholytiques a été très poussée dans ces dernières années. Les résultats de ces recherches doivent être interprétés avec prudence et esprit critique, car il est souvent impossible de généraliser certains résultats expérimentaux à toutes les espèces animales. Il ne faut donc pas transposer directement dans la clinique les données du laboratoire.

Les sympatholytiques ont une action puissante sur les organes musculaires lisses. Vis-à-vis de la musculature artérielle, ils possèdent en commun un effet capital : ils s'opposent aux effets de l'adrénaline, les uns empêchant l'hypertension adrénalinique (ergot), les autres la transformant en hypotension (yohimbine et sympatholytiques de synthèse). Par ailleurs, ces substances sont, les unes vasoconstrictrices (ergot), les autres hypotensives et vasodilatatrices. Mais toutes déterminent des anisergies circulatoires.

Sur le muscle lisse utérin, l'alcaloïde de l'ergot le plus actif n'appartient pas au groupe des sympatholytiques représenté par l'ergotoxine, l'ergotamine ou l'ergoclavine. C'est un alcaloïde récemment découvert, ergométrine ou ergonovine, qui n'est pas un sympatholytique.

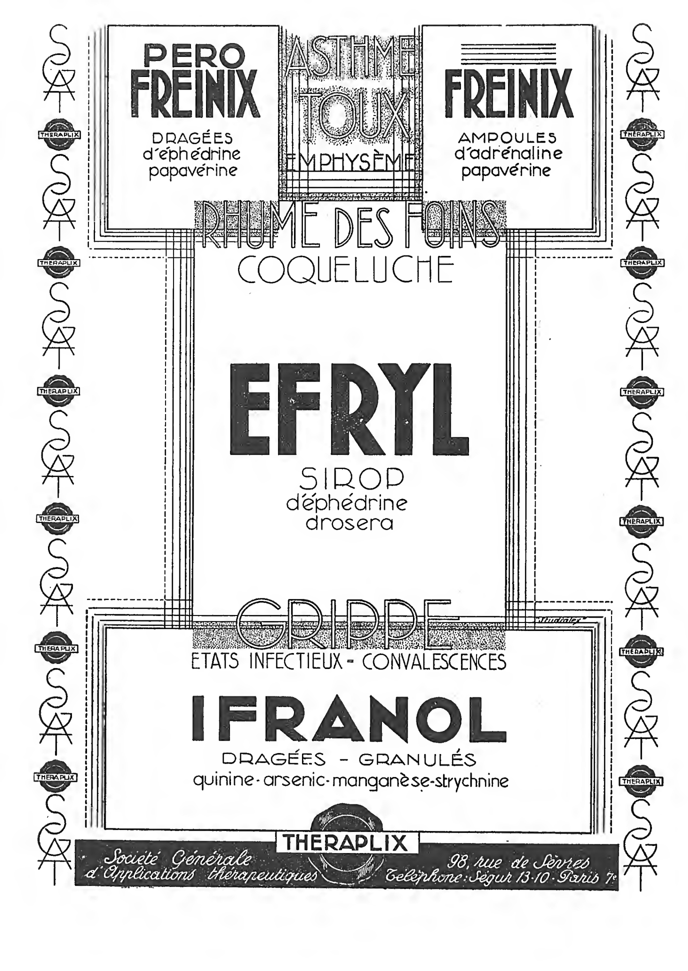
Au niveau des muscles lisses de l'œil, les sympatholytiques n'agissent pas seulement sur l'iris, mais sur les muscles lisses contenus dans la capsule de Tenon et dont la contracture détermine l'exophtalmie de type basedowien.

Les sympatholytiques agissent encore sur le rythme cardiaque, la diurèse, la sécrétion salivaire et pancréatique. Leurs effets neurologiques sont très importants : action analgésique et sédative, pouvoir d'augmentation de la narcose, influence sur le centre respiratoire, action anesthésique locale.

Les sympatholytiques empêchent l'hyperglycémie adrénalinique, augmentent l'hypoglycémie insulinique, entravent l'élévation de la température provoquée par certains hyperthermisants et s'opposent expérimentalement à l'élévation du métabolisme basal sous l'influence de l'adrénaline.



Sté des Eaux minérales de DECIZE (Nièvre)
SAINT ARÉ
EAU SULFATÉE SODIQUE à 6‰ DU TYPE CARLSBAD MARIENBAD
3 INDICATIONS PRINCIPALES
Insuffisance hépatique
Dyspepsie biliaire
Stase du colon droit
LITTÉRATURE ÉCHANTILLONS: 49 Bd PORT-ROYAL, PARIS



PERO
FREINIX
DRAGÉES
d'éphédrine
papavérine
ASTHME
TOUX
EMPHYSÈME
FREINIX
AMPOULES
d'adrénaline
papavérine
RHUME DES FOINS
COQUELUCHE
EFRYL
SIROP
d'éphédrine
drosera
GRIPPE
ETATS INFECTIEUX - CONVALESCENCES
IFRANOL
DRAGÉES - GRANULÉS
quinine · arsenic · manganèse · strychnine
THERAPLIX
Société Générale d'Applications thérapeutiques
98, rue de Sèvres
Téléphone: Ségur 13-10 · Paris 7e

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

La pratique thérapeutique ne doit pas enregistrer sans discussion tous ces faits expérimentaux. — On ne peut pas encore tirer de loi générale de thérapeutique clinique concernant les sympatholytiques. Trois difficultés s'y opposent :

1° La toxicité de ces drogues qui empêche de les employer chez l'homme à doses suffisantes pour réaliser un effet sympatholytique total ;

2° La diversité de leurs points d'attaque électifs ;

3° Les divergences qui séparent les malades du point de vue de leur susceptibilité neuro-végétative individuelle.

Pour les sympatholytiques du groupe de l'ergot, on ne doit jamais oublier les accidents d'ergotisme auxquels ils exposent. Il y a un écart très faible entre les doses actives d'ergotamine et celles qui déterminent des accidents. Aussi convient-il de réserver l'emploi de toutes les préparations d'ergot uniquement aux rares cas où leurs indications thérapeutiques sont indiscutablement justifiées. En gynécologie, elles ont une utilité comme hémostatique, mais ne doivent jamais faire perdre de vue la nécessité d'un traitement étiologique ; comme ocytocique, on sera sans doute amené à substituer l'ergométrine à l'ergotamine. Ce dernier médicament a une place limitée dans le traitement de la migraine et ne convient guère au traitement des états basedowiens.

Pour les alcaloïdes du groupe de l'yohimbine, leur réputation comme aphrodisiaques semble totalement injustifiée. Il faut les retenir comme vasodilatateurs associés ou non à l'acétylcholine. Ils semblent utiles dans certaines formes d'exophtalmie basedowienne. La corynanthine, en instillations oculaires, permet d'obtenir un myosis intense et prolongé, sans spasme ciliaire.

Quant aux sympatholytiques de synthèse, qu'ils appartiennent au groupe des phénoxyéthylamines (Jeanne Lévy) ou des dioxans (Fourneau), leur étude clinique n'est encore qu'ébauchée.

Plus que par ses conséquences pratiques, l'étude des sympatholytiques est riche en enseignements d'ordre physiologique et biologique. Grâce aux sympatholytiques de synthèse, on a pu, dans ces dernières années, faire la part de la transmission humorale et du processus électrique dans la transmission de l'excitation nerveuse. On a d'autre part mis en évidence les rapports de constitution chimique qui existent entre les sympatholytiques de synthèse et les plus importantes hormones de notre organisme (adrénaline, thyroxine).

Il est remarquable qu'on puisse à l'heure actuelle démontrer la présence, dans nos humeurs et nos tissus, d'hormones sympathomimétiques (adrénaline) et vagomimétiques (acétylcholine) alors qu'il n'existe pas de substances vagolytiques (analogues à l'atropine) ou sympatholytiques.

Deuxième rapport.

La physiothérapie du sympathique.

Par Ch. Wangermez (Bordeaux).

Il s'agit d'un sujet extrêmement vaste et délicat où, sur le terrain déjà mouvant et imprécis de la sympathicothérapie, viennent se greffer les indications plus ou moins empiriques des agents physiques.

Le rapporteur envisage essentiellement l'action de la lumière et des ondes courtes.

Il emploie comme test le réflexe oculo-cardiaque. Sa recherche avant et après les séances de physiothérapie donne des résultats discordants ; mais si, comme Duhem, Biancani et Huart, on calcule ses variations en fonction de l'intensité des doses réparties en plusieurs séances, on obtient des courbes dites neurotoniques présentant un maximum et un minimum. Ces courbes sont très nettes pour la plupart des sujets soumis aux ultra-violets et à la lumière. Elles sont variables mais souvent très nettes également pour les ondes courtes.

La notion de nerfs cholinergiques et adrénergiques permet, si l'on tient compte des expériences de Feldberg et Minz où il est prouvé que l'injection d'acétylcholine peut entraîner une décharge d'adrénaline, d'entrevoir le mécanisme de cette action régulatrice.

La comparaison des actions de nos agents physiques à celle de l'acétylcholine et de l'adrénaline nous autorise à penser, au moins en ce qui concerne la lumière, que cette dernière agirait par action cholinergique. Il est cependant prudent de ne pas trop se hâter de conclure sur un terrain encore si discuté.

Troisième rapport.

Radiothérapie du sympathique.

Par J. Gouin et A. Bienvenue (Brest).

Les auteurs se proposent de montrer la réalité et les modalités de l'action des rayons X sur le sympathique.

Ils rappellent les faits nombreux, inexplicables par des effets cytolytiques ou modificateurs sur place qui ont été constatés depuis les débuts de la radiothérapie, avec les interprétations qui en ont été données (actions sur le système cutané, sur le système splanchnique et glandulaire, le sang et l'organisme en général).

Pour que l'action sur le sympathique puisse être étudiées il faut que, par des techniques appropriées, cette action puisse être dégagée des facteurs étrangers qui comportent des irradiations étendues en surface ou en profondeur, intéressant des tissus et des systèmes variés, en particulier des glandes vasculaires sanguines. Les auteurs décrivent les techniques qui permettent cette sélection en réalisant les conditions suivantes : elles doivent : 1° pour être fonctionnelles, comporter une posologie minima, des doses et des pénétrations faibles et des localisations qui évitent les organes importants ; 2° pour être sympathiques (donc indirectes), comporter des localisations appropriées, c'est-à-dire donner des résultats neuro-végétatifs reconnaissables et explicables. Les localisations principales qui ont servi à l'étude du mécanisme sympathique des rayons X sont précisées : mode cutanéo-cutané, mode axial cutané, mode axial splanchnique, et enfin mode régional (carrefours vasculo-nerveux).

Suivent les preuves qui montrent l'action sur le système nerveux sympathique et ses répercussions sur l'ensemble du système végétatif neuro-glandulaire et par conséquent sur l'organisme tout entier.

Les premières sont tirées des conditions de technique, des constatations cliniques (réactions sympathiques précoces et résultats thérapeutiques) et d'expériences de

laboratoire. Les preuves qui montrent les répercussions sur l'ensemble de l'organisme peuvent être tirées des modifications des constantes humorales ; mais les auteurs ont retenu, comme les plus démonstratives, les variations précoces du chiffre leucocytaire après l'irradiation suivant les divers modes. Ces dernières sont comparables, d'une part à celles qui suivent les opérations de la chirurgie sympathique (interventions caténaires ou périartérielles) et, d'autre part, à celles qui suivent l'application de médicaments généraux de choc thérapeutique : autohémothérapie, vaccins, arsenicaux, sels d'or, etc.

Après cet exposé, on peut tenter de préciser le mécanisme de l'action fonctionnelle des rayons. A l'entrée, quels éléments sont atteints et quels phénomènes se passent aux points d'import. En aval, par quelles voies et suivant quelles modalités s'opèrent dans l'organisme la transmission, la distribution et les transformations des impulsions reçues.

Les auteurs concluent que les rayons qui agissent à l'entrée sur le système nerveux sympathique se comportent ensuite comme une médication à propriétés multiples, médication sympathique fonctionnelle, médication opothérapique indirecte, médication générale de choc thérapeutique.

QUATRIÈME RAPPORT.

Traitement médical des sympathalgies abdominales (pelvis excepté).

Par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et R. BONNARD (Paris).

Les rapporteurs donnent d'abord une définition des sympathalgies, qui sont des douleurs d'origine neurovégétative qui traduisent la souffrance des formations et des plexus sympathiques de l'abdomen.

Après un rappel anatomique du sympathique abdominal, ils exposent les données expérimentales relatives aux syndromes solaires et aux différents points douloureux de l'abdomen.

Le traitement médical des sympathalgies abdominales, pour être rationnel, doit d'abord être étiologique.

Mais la douleur est l'aboutissant de mécanismes si complexes que le mieux est d'envisager le traitement antalgique en fonction des données cliniques : sympathalgies d'excitation ; sympathalgies aiguës de paralysie ; sympathalgies chroniques.

Le traitement des sympathalgies abdominales peut se résumer dans les notions suivantes :

Les *états aigus* commandent un traitement d'urgence :

La morphine, réservée aux paroxysmes passagers et non susceptibles de répétition fréquente ;

L'injection intraveineuse d'atropine, notamment pour es crises gastriques du tabes ;

La morphine ou l'acétylcholine pour les coliques de plomb ;

Parfois les injections paravertébrales de novocaïne ou de solution alcaline.

Le traitement des *états chroniques*, mis à part un traitement étiologique efficace, est beaucoup plus délicat. Au cours des paroxysmes, il se confond avec le précédent. En période de calme relatif, il visera à l'abaissement du tonus nerveux général, soit par les antalgiques usuels ou les antinervins comme les bromures ou le gardénal, soit par un médicament à action plus particulièrement neurovégétative; suivant les cas, atropine, ésérine, pilocarpine. On se laissera alors guider par l'appréciation du tonus neuro-végétatif du sujet (réflexe oculo-cardiaque, réflexe solaire, réflexe orthostatique). On pourra enfin s'aider des derniers médicaments venus en thérapeutique, venin de cobra, acides aminés (et notamment l'histidine), surtout quand on soupçonne un spasme vasculaire. Des douleurs chroniques résistant aux thérapeutiques usuelles pourront là aussi être justiciables d'injections paravertébrales ou intradermiques.

CINQUIÈME RAPPORT.

Le traitement des endosympathoses d'origine non endocrinienne.

Par MM. ET. MAY et H.-M. GALLOT (Paris).

On peut observer dans les provinces internes du sympathique des crises paroxystiques de nature cardio et vasomotrice. Elles ont la même signification que les crises qui surviennent dans les provinces sympathiques externes (maladie de Raynaud, érythromélalgie, urticaire, œdème de Quincke). On peut proposer pour celles-ci la dénomination d'ectosympathoses, pour celles-là la dénomination d'endosympathoses.

Ces faits correspondent à des descriptions antérieures partielles (angine de poitrine vasomotrice ; ataxie vasomotrice, crises vago-vagales; névrose d'angoisse). Leur importance pratique est assez grande pour justifier une étude d'ensemble.

Les endosympathoses se présentent sous trois formes cliniques principales :

Une forme palpitante et tachycardique qui s'apparente à la tachycardie paroxystique, à certaines réactions émotives et aux injections d'adrénaline ;

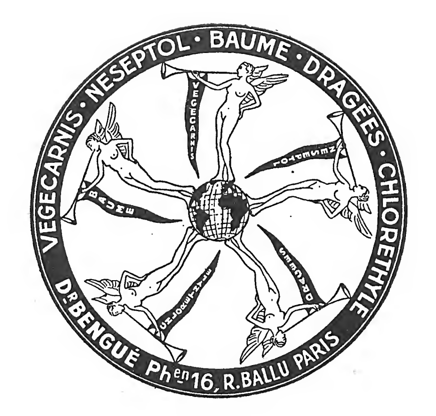
Une forme vaso-spasmodique diffuse qui s'apparente aux migraines accompagnées et au syndrome de Raynaud ;

Une forme lipothymique qui s'apparente aux chocs anaphylactiques ou protéiques.

Ces endosympathoses évoluent par crises et peuvent, par leur répétition, retentir sur l'état général et même sur le comportement psychique. Elles exposent alors à des erreurs de diagnostic et de traitement, d'autant plus qu'elles ne s'accompagnent d'aucune symptomatologie objective qui aide à les reconnaître.

Les endosympathoses ne doivent pas être confondues avec des lésions viscérales. Elles ne doivent pas être prises pour des troubles psychiques, et les procédés psychothérapiques sont impuissants à les guérir. Enfin, elles ne doivent pas être considérées comme de nature endocrinienne. Il existe actuellement une tendance excessive à rapporter aux glandes à secrétion interne tous les troubles de nature sympathique. Le sympathique a une pathologie propre, non endocrinienne, et qui est d'origine réflexe ou toxique.

Les endosympathoses palpitantes et vaso-spasmodiques relèvent d'une excitation sympathique. Les endosym-


VEGECARNIS · NESEPTOL · BAUME · DRAGÉES · CHLORETHYLE
VEGECARNIS
Dr BENGUÉ Phen 16, R. BALLU PARIS

pathoses lipothymiques relèvent d'une inhibition sympathique avec prépondérance vagale ; elles paraissent résulter d'une stase sanguine dans les capillaires viscéreux avec anémie périphérique.

Le *traitement* doit avant tout s'efforcer d'être étiologique. Mais les causes des endosympathoses sont très nombreuses, puisque la pathologie sympathique est fonction de tout ébranlement que subit l'individu. Cette pluralité d'origine est une notion essentielle.

Les endosympathoses d'excitation relèvent surtout des épines irritatives qui mettent en jeu la répercussivité sympathique. Ces épines peuvent siéger en un point quelconque du réseau neuro-végétatif ; les plus fréquentes sont :

a. Les inflammations intestinales légères et prolongées ; un rôle important est dévolu à la constipation traitée par des laxatifs irritants ;

b. Les lésions chroniques des organes génitaux ainsi que toute irritation, même fonctionnelle, qui survient dans la zone sexuelle ;

c. La lithiase biliaire ;

d. Les irritations chroniques endonasales, le froid, les émotions.

Les endosympathoses d'inhibition sont généralement de nature toxique. Elles sont liées le plus souvent à des putréfactions intestinales ou à des altérations hépatiques. Mais, très fréquemment, ces lésions causales sont frustes ou tout à fait latentes et passeraient inaperçues si on ne les relevait systématiquement. Les accidents paraissent relever avant tout des chocs protéiques répétés rendus possibles par une insuffisance de la fonction protéopexique du foie.

Les endosympathoses d'excitation relèvent des sympatholytiques, des vagomimétiques et des calmants généraux du système nerveux. L'atropine et la belladone sont formellement contre-indiquées.

Les endosympathoses d'inhibition relèvent des vagolytiques, des sympathomimétiques et des toniques généraux. Le gardénal et les substances analogues sont toujours très mal supportés.

Les endosympathoses se développent sur un terrain constitutionnel et souvent familial qui s'apparente à la constitution émotive de Dupré. Dans la formation de ce terrain, l'état endocrinien peut intervenir et constituer une indication thérapeutique accessoire. En particulier, les endosympathoses d'inhibition coïncident souvent avec une faiblesse relative des glandes liées au sympathique (surrénales, thyroïde, glandes génitales).

Discussion.

M. Ed. Doumer (Lille) pense que les manifestations apparemment lipothymiques étudiées par MM. May et Gallot relèvent, suivant les cas, de processus entièrement différents. Il faudrait décrire une vraie et une fausse forme lipothymique. Les lipothymies vraies sont souvent un trouble réflexe d'origine digestive lié, semble-t-il, à l'excitation du vague et justiciable des vago-sédatifs ; ce sont les sédatifs du sympathique qui sont indiqués au contraire en cas de ces malaises angoissants.

A part les lipothymies vraies, les divers types cliniques étudiés et classés dans les endosympathoses ont pour trait commun un syndrome d'angoisse qui forme non seulement une partie importante du tableau clinique mais en constitue, semble-t-il, l'élément essentiel ; les autres évoluent dans son ombre prenant suivant les cas plus ou moins d'importance.

On incrimine d'habitude l'hyperexcitabilité du sympathique, comme s'il était un système homogène réagissant en bloc. Il forme en réalité toute une série de systèmes fonctionnels. Il est plus légitime d'incriminer l'hyperexcitabilité de l'un de ces systèmes fonctionnels, celui de la fonction émotionnelle, c'est-à-dire des centres neuro-végétatifs annexés à l'appareil émotionnel, qui en forment la partie somatique et qui, ayant pour rôle d'avertir le psychisme des perturbations organiques qui pourraient être un danger pour l'individu, donnent à l'occasion d'excitations viscérales un syndrome émotionnel plus ou moins complet où dominent suivant les cas la tachycardie, les réactions vaso-motrices ou l'angoisse elle-même.

MM. L. Langeron et R. Desplats (Lille), se basant d'une part sur l'impossibilité dans toute irradiation de ne pas agir sur des éléments sympathiques, d'autre part sur le mode d'action de la radiothérapie en général, enfin sur l'impossibilité de dissocier nerfs et glandes dans le sympathique « système organo-végétatif », ont de cette radiothérapie sympathique une conception plus large que les rapporteurs. Pour eux, une radiothérapie est sympathique surtout parce qu'elle est non destructrice mais fonctionnelle et à effets sympathiques. Ils en montrent les techniques et la posologie, les indications et les résultats ; ils considèrent ces actions différentes de celles de la chirurgie sympathique qui « libère des automatismes », comme s'effectuant par une « rééquilibration » des fonctions végétatives perturbées avec possibilité d'agir quel que soit le sens de cette perturbation, et pour eux, cette possibilité constitue la caractéristique de la méthode.

M. Snapper, après avoir souligné l'intérêt du rapport de Mlle Lévy et M. Justin-Besançon, montre que le résultat favorable du traitement par la folliculine de la thromboangéite oblitérante s'explique par les expériences citées par Justin-Besançon sur l'influence préventive de la folliculine dans les gangrènes d'ergot. Il montre comment une simple modification du groupe NH^2 de la diiodotyrosine, en la transformant en diiodotyrosine benzoïlée, la rend inactive : cela est dû à ce qu'elle n'est plus détruite par l'organisme et ne peut plus agir par libération d'iode.

Mlle J. Lévy souligne l'intérêt de ces remarques ; elle souligne également les rapports qui peuvent exister entre la constitution chimique et l'action pharmacologique, rapports qui peuvent être perturbés par les modifications que peuvent subir dans l'organisme les médicaments ; l'étude biochimique et l'étude pharmacologique doivent aller de pair.

Communications.

Nos expériences cliniques et physio-pathologiques avec l'anesthésie du ganglion étoilé et du sympathique thoracique à la percaïne et à l'alcool.

M. Bohumil Prusik (de Prague). — L'injection de 10 à 20 centimètres cubes de percaïne à 2 p. 100

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

exerce une action vasodilatatrice visible qui se manifeste tout d'abord dans les artérioles de la joue, du cou et des membres supérieurs du côté anesthésié. En même temps il se produit une grande dilatation des veines de la région. Les changements sont beaucoup plus importants et permanents, si on injecte additionnellement de l'alcool dans le ganglion anesthésié.

Le traitement de l'angine de poitrine par l'anesthésie paravertébrale du sympathique thoracique et par l'anesthésie du ganglion étoilé a donné les résultats suivants :

Guérison presque complète chez 8 malades ;

Amélioration sensible chez 2 malades ;

Diminution certaine des accès chez 8 malades;

Soulagement infime chez 1 malade ;

Décès chez 2 malades.

Dans l'hyperthyroïdie, l'auteur a, dans 16 cas, injecté simultanément les deux ganglions.

Il a noté des modifications en somme peu importantes du métabolisme de base contrastant heureusement avec un soulagement subjectif frappant qui se produit soit immédiatement après l'injection, soit quelque temps après, chez tous les malades observés.

Il attire expressément l'attention sur l'effet bienfaisant produit dans l'hyperthyroïdie avec fibrilation auriculaire, car cela plaide en faveur de la conception moderne d'après laquelle l'ablation de la thyroïde dont la secrétion interne excite le sympathique serait suivie de résultats favorables dans l'insuffisance du cœur. Peut-être pourra-t-on, en éliminant les deux ganglions étoilés, obtenir également des résultats favorables, influant sur le degré d'insuffisance.

Le traitement des troubles neuro-végétatifs fonctionnels. L'importance du facteur constitutionnel et psychique.

M. Stanislas Mentl (Prague) montre que les troubles neuro-végétatifs fonctionnels ont à leur origine deux facteurs principaux : *a*) un terrain constitutionnel particulier ; *b*) un traumatisme psychique, la présence simultanée de l'un et l'autre étant indispensable. Le facteur constitutionnel pourra être influencé essentiellement par une régulation appropriée du régime du malade. Quant au facteur psychique, qui est plus labile, un traitement psychothérapique adéquat en atténuera les conséquences.

L'auteur préconise surtout les sédatifs du système nerveux végétatif (gardénal, belladone) et le traitement opothérapique.

Recherches sur les effets physiologiques et thérapeutiques des méthylbenzodioxanes chez l'homme.

MM. J. Sterne et Marcel Monnier (Paris) ont étudié deux corps: le 883 F, sympathicolytique périphérique, et le 933 F, sympathicolytique central. Des effets vasodilatateurs ont été obtenus et l'enregistrement oscillographique des résultats permet de guider la thérapeutique et jusqu'à un certain point de localiser la lésion sympathique.

Diverses autres actions végétatives (réflexe oculo-cardiaque, sommeil, sueur, pilomoteur, etc.) ont été observées.

Les influences analgésiques et vasodilatatrices ont été utilisées avec fruit, notamment dans l'angor et la sclérodermie.

Action clinique et thérapeutique des sympathicolytiques de synthèse de la série méthylbenzodioxane.

M. Ed. Joltrain (Paris), après avoir rappelé le rôle des médicaments sympathycolytiques, rapporte les résultats thérapeutiques obtenus avec le 883 F. et le 933 F. de Fourneau et Bovet. Il a observé une action très favorable de ces médicaments dans l'asthme, les migraines, les algies sympathiques, le coryza spasmodique et le rhume des foins.

Il signale aussi les bons effets obtenus dans certaines crises d'angor, tachycardie paroxystique essentielle, syndrome de Raynaud, crises de colite spasmodiques et surtout dans la dépression anxieuse.

L'auteur n'a pas observé d'effets notables dans les urticaires ni dans le diabète.

Il passe en revue les actions de ces médicaments chez l'homme et en fixe la posologie : injections intraveineuses dans les cas sérieux en notant parfois de petits chocs, ingestion de doses entre 0gr,20 et 0gr,05 par jour en préférant la méthode la plus active des petites doses (0,01) fractionnées.

L'acétylcholine dans l'acrodynie infantile. Contrôle oscillométrique et capillaroscopique.

MM. Jean Boucomont et Robert Lafon (Montpellier) montrent que l'acrodynie infantile est rarement influencée par l'acétylcholine ; son action sur les modifications cutanées et l'état général paraît faible.

Au cours de leurs essais, les examens capillaroscopiques et oscillométriques ont permis de suivre dans une certaine mesure l'effet du dérivé cholinique ; on ne saurait considérer leurs résultats comme des éléments de pronostic, mais comme un moyen de vérifier les réactions vasculaires à l'acétylcholine. Quand ces réactions se montrent favorables, on est en droit de continuer le traitement.

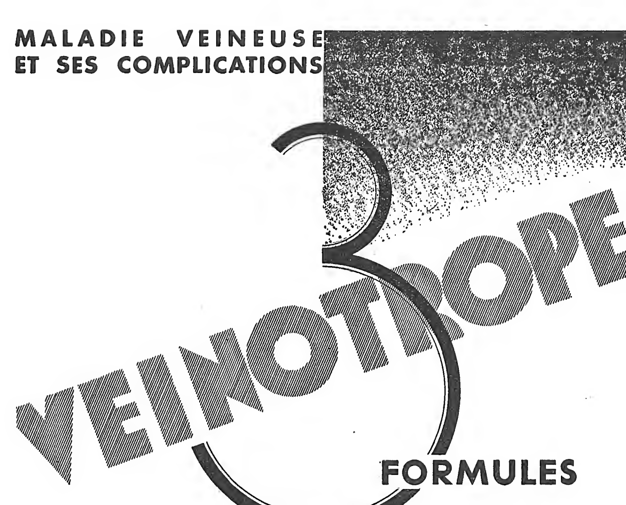
L'acétylcholine ne constitue en aucune façon un médicament spécifique, étiologique de l'acrodynie, mais un traitement symptomatique. Les cas heureux qui ont été signalés relèvent peut-être d'une sensibilité spéciale des individus.

Action de la vaccination amygdalienne sur le sympathique dans le traitement de l'asthme.

M. Dhénin (Béthune) montre comment, dans l'asthme, l'eczéma, l'entéro-colite, la vaccination amygdalienne neutralise, mobilise et élimine les toxines, ce qui permet l'action constrictive du sympathique.

Jean Lereboullet.


DIASTOGÈNE F
Kola fraiche stabilisée
Manganèse
Arsines
Fenugrec
(comprimé glutinisé inclus dans le cachet)
abrège les convalescences
2 à 3 cachets par jour
Laboratoire Dehaussy
66 rue Nationale
Lille


MALADIE VEINEUSE
ET SES COMPLICATIONS
3
VEINOTROPE
FORMULES

REVUE DES CONGRÈS

XXXVI[e] CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

5-10 octobre 1936.

La séance d'ouverture du Congrès a eu lieu le 5 octobre au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence du Dr O. Pasteau. A ses côtés, avaient pris place le professeur Roussy, doyen de la Faculté, et le général inspecteur Rouvillois, président du Congrès de chirurgie ; de nombreux professeurs français et étrangers, de hautes personnalités de la médecine militaire honoraient cette séance de leur présence.

M. Pasteau, en une charmante allocution, évoqua le souvenir de ses maîtres et retraça l'histoire de l'Association française d'urologie ; sœur de l'Association française de chirurgie, elle s'épanouit rapidement sous la haute impulsion du professeur Guyon. Le Dr Pasteau donne ensuite la parole au Dr Louis Michon, secrétaire général, qui, dans son rapport annuel, fait l'éloge de trois collègues disparus : Phélip (de Lyon), Coffey (de Portland) et Rejsek (de Prague).

Le mercredi 7 octobre, en l'amphithéâtre de la clinique urologique à l'hôpital Necker, l'Association française d'urologie a remis au Dr O. Pasteau, son secrétaire de trente années, sa médaille gravée par le maître Dammann, grand prix de Rome. Le professeur Leguen, le professeur Verhoogen et le Dr Noguès prennent successivement la parole en termes magnifiques et émouvants ; le Dr O. Pasteau répond en reportant les éloges sur ses parents et sur ses maîtres et en montrant la vraie grandeur de la vie médicale. Tous ceux qui ont assisté à cette belle cérémonie en gardent un souvenir ému, heureux d'avoir entendu glorifier et applaudir tout ce qui fait la beauté de notre profession.

Le vendredi 9 octobre, l'Association réunie en assemblée générale a désigné le Dr Lepontre (de Lille) comme président pour 1937 ; le Dr Laveuant (de Paris) sera vice-président. Question à l'ordre du jour pour 1937 : Traitement chirurgical des néphropathies médicales (rapporteurs : Drs Chabanier, Gaume, Lobo-Onell).

Question à l'ordre du jour pour 1938 : Indications et résultats de la résection endoscopique de la prostate (rapporteurs : professeur Gayet et Dr Gibert).

Rapport.

Les anomalies pyélo-urétérales et leurs conséquences chirurgicales, par M. R. Dargent (Bordeaux). — Dans ce domaine si étendu, le rapporteur a choisi plusieurs sujets qu'il a spécialement étudiés ; ce sont : les hydronéphroses congénitales, les ectasies urétérales, les duplicités urétérales, les anomalies d'abouchement, les diverticules de l'uretère, les dilatations kystiques de l'extrémité inférieure. Ce sont surtout les conséquences chirurgicales et leur traitement qui ont été en vue. Après une mise au point de l'anatomie de l'uretère et plus spécialement de son extrémité inférieure, ainsi qu'une étude de la physiologie de ce conduit, chaque chapitre est étudié successivement. Les hydronéphroses congénitales sont analysées dans leurs causes génératrices, et le rôle des vaisseaux anormaux est plus spécialement discuté. Le traitement conservateur est surtout intéressant, car, après une période d'abandon excessif, il connaît de nouveau une faveur marquée, grâce au diagnostic précoce et au contrôle éloigné de la fonction rénale que permettent les moyens actuels d'investigation (Urographie veineuse, pyélographie, chromoscopie...).

L'*énervation* du rein préconisée par Papin, si elle est exécutée comme il convient (l'énervation du pédicule n'est pas la sympathectomie de l'artère rénale), s'adresse aux hydronéphroses douloureuses avec spasme de la musculature pyélique ; elle comporte une néphropexie complémentaire et un drainage temporaire par néphrostomie s'il y a infection marquée des cavités rénales.

La *section des vaisseaux anormaux* avec reposition haute du rein (Marion) pour redresser toute coudure de l'origine de l'uretère est adoptée par l'immense majorité des chirurgiens qui n'a eu qu'à s'en louer. La section d'une artère anormale même importante, en l'absence d'une infection rénale prononcée, n'a donné lieu à aucun accident. Elle est préférable à la section de l'uretère et à sa réimplantation en un autre point du bassinet pour éviter la coudure sur le vaisseau.

La *résection du bassinet* sous le couvert d'un drainage transparenchymateux du rein est un complément opératoire rendu souvent nécessaire par le volume excessif du bassinet, surtout quand il est épaissi et peu contractile.

Les *opérations plastiques* sur le collet urétéral (de Fenger, de Kelly) gardent peu de partisans ; elles s'adressent pourtant à quelques cas exceptionnels et ont fourni quelques succès (Wildbolz, Papin, Phélip).

Les *opérations de dérivation* : pyélo-urétérostomie latérale ou terminale, ont leurs indications, quand l'uretère libéré décrit une boucle excessive avec bas-fond pyélique très développé.

L'*anastomose latérale* du bassinet et de l'uretère sera l'opération de choix ; on la préférera à l'anastomose terminale, car elle ménage au maximum la contractilité du conduit et n'expose pas au rétrécissement de la bouche anastomotique.

L'analyse des diverses observations où ces différentes opérations conservatrices ont été mises en œuvre montre la disparition habituelle de tous les troubles fonctionnels, mais la persistance fréquente d'un certain degré de dilatation des cavités rénales, ce qui doit engager le chirurgien à intervenir précocement avant que les lésions pyélo-urétérales soient très prononcées.

Dans l'étude des *ectasies de l'uretère*, où s'opposent, tant au point de vue symptomatologie qu'au point de vue traitement, les dilatations totales du conduit et celles qui ménagent l'orifice urétéral, l'influence possible d'un *spina bifida occulta* a été mise en évidence. Certaines ectasies totales ont, en effet, pu être justiciables d'une laminectomie, comme Mertz l'a montré dans une étude portant sur 79 cas.

Dans les dilatations de l'uretère qui ménagent l'orifice urétéral, le débridement de cet orifice a été pratiqué par voie cystoscopique ou transvésicale. La dilatation forcée de la partie terminale de l'uretère a été appliquée à certains cas par Gayet, et Michon a réalisé l'anastomose de l'uretère à la vessie dans une dilatation de l'uretère au-dessus d'un rétrécissement du méat.

Les *dédoublements urétéraux* (duplicité et bifidité urétérales) ont fourni l'occasion de la discussion des lois de Weigert et de Meyer et de l'étude de cette opération con-

servatrice qu'est l'*héminéphrectomie*, facile à réaliser quand le pédicule artériel est étalé en plusieurs troncs.

Quand le pédicule rénal est constitué par un tronc unique, elle reste toutefois possible. Si une opération conservatrice est indispensable en raison de l'état du rein opposé, l'héminéphrectomie sera donc réalisable, quelle que soit la disposition anatomique des vaisseaux.

Les *abouchements anormaux de l'uretère* sont particulièrement intéressants chez la femme, où ils s'accompagnent le plus souvent d'incontinence d'urine traitée parfois longuement et par erreur pour incontinence essentielle. Chez l'homme, au contraire, où l'anomalie d'abouchement la plus fréquente est l'abouchement d'un uretère dédoublé dans l'urètre postérieur, l'incontinence est exceptionnelle ; c'est par des complications d'infection avec pyonéphrose que se manifeste l'anomalie.

Le traitement des abouchements anormaux conduit donc, soit à remédier à une hydronéphrose douloureuse ou à une pyonéphrose, soit à tarir une incontinence d'urine. Les opérations les plus diverses ont été appliquées à la cure de cette incontinence :

Opérations radicales (néphrectomie) ;

Opérations partiellement conservatrices : ligature de l'uretère anormal (qui ne convient qu'aux cas où le rein correspondant est non infecté et en hypofonction considérable) et héminéphrectomie ;

Opérations absolument conservatrices ; parmi celles-ci, l'urétéro-cystonéostomie a fait l'objet d'une étude spéciale avec expérimentation sur le chien d'une technique personnelle consistant dans la création d'un trajet intravésical de l'uretère rappelant la disposition anatomique normale. Ces opérations contrôlées chez l'animal par urographie veineuse, par dissection de pièces quelques mois après l'opération, ont fourni des résultats excellents avec fonction rénale parfaite, absence de stase pyélique et de reflux vésico-urétéral.

L'urétéro-cystonéostomie, réservée aux cas où l'uretère n'est pas exagérément dilaté et où il reste contractile, est susceptible d'être appliquée à certaines anomalies de la partie terminale de ce conduit et, en particulier, à certains cas d'abouchement anormal.

Le chapitre des *diverticules de l'uretère* a donné lieu à l'analyse des diverses malformations que l'on peut ranger en trois catégories : *uretères longs supérieurs, uretères longs inférieurs, uretères aveuglés.* La symptomatologie de ces derniers est particulièrement intéressante en raison de l'infection et de la rétention dont ils sont plus particulièrement le siège ; mais leur diagnostic est presque chose impossible, ce sont d'ordinaire des découvertes opératoires.

Les *dilatations kystiques* de l'extrémité inférieure de l'uretère ne posent guère, par contre, de problèmes nouveaux. D'un diagnostic cystoscopique facile, elles sont bien connues dans leur symptomatologie et dans leurs accidents d'étranglement à travers le méat urétral. Leur traitement consiste dans la grande majorité des cas dans le débridement de la dilatation kystique à l'électro-coagulation cystoscopique. La résection par voie transvésicale de cette dilatation kystique, autrefois en honneur, n'est plus appliquée qu'aux seuls cas d'étranglement de la poche à travers l'urètre chez des malades en bonne condition physique ; chez les malades épuisés, on aura recours de préférence à la résection de la poche au ras de l'urètre et à sa réduction dans la vessie.

Les contrôles précis que donnent la pyélographie, l'urographie veineuse, montrent que les diverses opérations conservatrices étudiées au cours de ce rapport sont susceptibles de fournir d'excellents résultats fonctionnels durables. Les efforts du chirurgien doivent donc tendre vers la conservation rénale : c'est dans un esprit conservateur que les opérations rénales devront être abordées.

Faire un diagnostic précoce des lésions, comme le permettent les moyens dont l'urologie dispose, aidera beaucoup à réaliser ces opérations. Devant leur impossibilité évidente, il reste toujours la ressource de terminer par ce sacrifice qu'est la néphrectomie.

Discussion du rapport

Comment éviter, dans la tuberculose urinaire, les erreurs de diagnostic favorisées par la duplicité et la bifidité urétérales ? — E. JEANBRAU (Montpellier) rapporte des cas de ce genre, où des examens répétés permirent d'éviter l'erreur qui aurait entraîné l'abstention opératoire.

Les éventualités se présentent ainsi lorsque l'anomalie est unilatérale.

En cas de tuberculose rénale peu avancée d'un rein porteur d'un uretère double, le cathétérisme du conduit provenant des calices sains donnera de l'urine limpide et amicrobienne du côté malade.

En cas de tuberculose rénale d'un rein porteur d'un uretère bifide, si la sonde pénètre dans la branche urétérale correspondant aux calices sains, il en sera de même.

On sera donc tenté dans les deux cas de conclure à l'intégrité des reins. Chez la femme, on pensera à une tuberculose vésicale primitive, chez l'homme à une cystite tuberculeuse secondaire à une localisation prostatique.

Il est facile, aujourd'hui, d'éviter ces erreurs de diagnostic, grâce à l'urétéro-pyélographie rétrograde de Chevassu.

M. R. DOSSOT (Paris). — 1° Il ne faut pas étendre outre mesure le rôle de la congénitalité dans l'étiologie des hydronéphroses dont la cause n'est pas évidente.

2° Dans la dilatation totale des voies excrétrices, la forme en gueule de four du méat urétéral, est un signe fréquent, mais non constant ; l'orifice peut être simplement un peu élargi ou même présenter un aspect normal et cependant le reflux se produira comme dans le cas de méat dilaté.

3° Le traitement de choix des abouchements extra-vésicaux de l'uretère est l'héminéphrectomie si l'uretère anormal est surnuméraire, cas habituel, ou la néphrectomie, s'il s'agit d'un uretère simple. En effet : *a*) l'uretère à abouchement ectopique et le rein qu'il draine sont presque toujours dilatés et infectés ; *b*) la portion de rein drainée par un uretère surnuméraire est minime par rapport au parenchyme rénal restant.

Duplicité totale unilatérale de l'uretère. — Nous avons observé chez une petite fille de dix ans, une duplicité totale de l'uretère d'un seul côté. Cette anomalie nous fut révélée par une urographie intraveineuse.

Nous avons pu, par un cathétérisme de chacun des

uretères, obtenir d'autre part une pyélographie rétrograde qui nous a permis d'obtenir les précisions suivantes quant à la morphologie de ce vice de conformation : les uretères présentent le double entrecroisement classique signalé par M. Darget dans son rapport.

Il existait, d'autre part, une hydronéphrose très nette, siègeant sur le bassinet inférieur.

Cette enfant présentait effectivement des crises douloureuses à répétitions. La pyélographie nous a révélé en fait une déformation en boucle intéressant chacun des uretères au niveau de l'apophyse transverse de L_4.

L'opération devait nous apprendre que cette double déformation urétérale, au même titre que l'hydronéphrose inférieure, répondait à la présence de vaisseaux anormaux capsulo-graisseux, comprimant les deux uretères à ce niveau.

La libération des uretères nous a permis d'obtenir la guérison complète de la petite malade.

M. LEPOUTRE (Lille). — Nous faisons le diagnostic des anomalies urétéro-pyéliques quand, pour une raison quelconque, nous sommes amenés à faire une pyélographie. Il y aurait avantage à les découvrir à la période aseptique, où nous pourrions tenter une thérapeutique conservatrice. L'existence d'une anomalie peut troubler gravement les suites opératoires de la prostatectomie, et l'auteur en cite un exemple frappant. La pyélographie intraveineuse, utilisée *de façon systématique* dans tous les cas de diagnostic incertain, permet de *dépister les anomalies* : s'il est nécessaire, on fera ensuite une pyélographie rétrograde pour compléter et préciser le diagnostic.

M. DUVERGEY (Bordeaux). — Les hydronéphroses congénitales sont le plus souvent dues à des vaisseaux polaires inférieurs, elles sont parfois bilatérales et révélées par la radiologie. Dans 40 p. 100 des cas, les lésions anciennes, infectées, ne peuvent être traitées que par la néphrectomie ; 16 fois, la section des vaisseaux anormaux fut suivie de succès, complétée deux fois par le capitonnage du bassinet dilaté. Il y a intérêt, quand les lésions sont bilatérales, à intervenir du côté opposé pour prévenir les complications dues à la marche de la maladie.

La dilatation congénitale des uretères peut être confondue avec les dilatations pyélo-urétérales d'origine dynamique. Les lavages du bassinet donnent, dans ces cas, des guérisons remarquables.

M. VAN DEN BRANDEN (Bruxelles) présente un cas de dilatation congénitale de l'extrémité inférieure de l'uretère analogue à celui observé par Gayet.

Un autre cas de rétrécissement inférieur avec angulation très marquée, provoquée probablement par une artère vésiculaire anormale.

Dr CHARLES PERRIER (Genève). — Il me paraît, comme au rapporteur, que l'on doit considérer comme congénitales les hydronéphroses dues à la ptose, ou plus justement, coexistant avec de la ptose.

En effet, j'ai trouvé sur 25 cas, en même temps que de l'hydronéphrose et de la ptose rénale, d'autres lésions manifestement congénitales, soit un vaisseau surnuméraire (12 fois), soit une lobulation congénitale du parenchyme (1 fois), soit une anomalie congénitale urétéro-pyélique de l'autre côté (1 fois), soit d'autres ptoses viscérales (presque toujours) ou même une anomalie anatomique cæco-appendiculaire (1 fois).

Je pense que l'action du vaisseau surnuméraire comme cause de l'hydronéphrose est souvent très difficile à prouver ; le succès de sa section, puisque toujours associé à la pexie haute, est peu démonstratif ; parfois, du reste, cette section est inopérante.

L'influence de la ptose elle-même peut parfois être mise en doute, puisque les cas ne sont pas très rares où ce n'est pas le côté le plus ptosé qui est le plus hydronéphrotique.

En ce qui concerne l'urétéro-pyélo-anastomose, nous pensons, comme le rapporteur, que c'est une intervention qui rentrera de plus en plus dans la pratique courante (diagnostic plus précoce, technique plus sûre).

J'ai observé et opéré 4 cas de dilatation kystique de l'extrémité inférieure de l'uretère ; l'un d'eux coïncidait avec un double bassinet et double uretère et siégeait au bout de l'un de ces uretères, dilaté, ainsi que le bassinet correspondant.

Dans les 4 cas, il y avait un (2 cas) ou plusieurs calculs (2 cas). Deux furent opérés à vessie ouverte, deux par voie endoscopique.

Le professeur GAYET (de Lyon). approuve entièrement les indications conservatrices posées par le rapporteur pour le traitement des hydronéphroses congénitales. Celles-ci sont souvent bilatérales ; elles peuvent être traitées avec avantage par la triple opération : 1° libération et réduction du bassinet par section de vaisseaux, résection ou plicature de la poche ; 2° néphropexie haute : 3° néphrostomie temporaire. Les deux derniers temps suffisent parfois à amener des améliorations et la suppression des crises douloureuses.

L'auteur rapporte ensuite une observation rare d'abouchement anormal d'un uretère dans l'urètre prostatique. Le malade avait deux uretères de chaque côté ; un des uretères de droite s'abouchait dans l'urètre postérieur au niveau de la fossette sus-montanale. Cet uretère avait subi une dilatation considérable, le rein correspondant était hydronéphrotique. Malgré tous les examens pratiqués, y compris l'urétroradiographie dont le rapporteur n'avait pas trouvé d'exemple, le diagnostic précis n'a pu être établi qu'à l'autopsie. La poche volumineuse juxta-vésicale décelée par la radio avait fait penser plutôt à un diverticule vésical ou à une communication fistuleuse avec le cæcum. L'état d'infection où se trouvait le malade au moment des examens les gêna considérablement et rendit impossible l'opération utile qui aurait dû être la néphrectomie avec urétérectomie totale.

M. MAURICE CHEVASSU (Paris) étudie les diverses anomalies de l'uretère en projetant une série de clichés d'urétéro-pyélographies rétrogrades, seule méthode qui permette d'étudier radiographiquement la totalité de l'uretère. Il insiste, en outre, sur ce fait que les descriptions anatomiques de l'uretère encore classiques ont été basées sur l'étude d'uretères cadavériques dont beaucoup présentaient des déformations pathologiques. Il montre quelles sont les caractéristiques qu'on doit exiger d'une image radiographique de l'uretère pour pouvoir affirmer que cette image répond à un uretère anatomiquement normal.

M. LOUIS MICHON (Paris), laisse de côté la question des hydronéphroses par artères anormales ; ce chapitre a été parfaitement mis au point par le rapporteur et n'entre pas tout à fait dans le cadre des anomalies pyéliques. Il

s'agit d'anomalies artérielles ayant pour conséquence une hydronéphrose ; il peut cependant y avoir coïncidence d'anomalies artérielle et pyélique.

Dans le chapitre de la bifidité et de la duplicité urétérales, l'auteur insiste sur le rôle essentiel de l'urographie intraveineuse, qui permet de les dépister avec la plus grande facilité. Cette urographie, faite systématiquement avant le cathétérisme, permet d'éviter les erreurs dans ces cas de diagnostic difficile où l'affection n'atteint que l'un des deux bassinets du même rein.

Dans le chapitre des abouchements anormaux, l'auteur apporte une nouvelle observation d'abouchement sous-urétral avec le syndrome classique facile à différencier de l'incontinence.

Communications.

Radiocinématographie des voies urinaires. — MM. STOBBAERTS et VAN DE MAELE (Bruxelles) présentent une série de films : *radiocinématographie directe des voies urinaires* permettant d'étudier, d'une part, la vidange pyélo-urétérale, d'autre part la vidange vésico-urétérale. Cette innovation sensationnelle soulève des ovations, et il apparaît comme très certain que cette méthode, qui ne tardera pas à se perfectionner encore, sera très précieuse pour l'étude de certaines hydronéphroses et de certaines rétentions vésicales.

Importance de l'urographie en position debout, au double point de vue diagnostique et thérapeutique. — M. PERRIN (Lyon). — Il est un certain nombre de néphralgies dont la cause reste mystérieuse, malgré le cathétérisme des uretères et la radiographie même sous urosélectan. Le fonctionnement du rein, sa situation, la morphologie des voies excrétrices, tout paraît normal. Et cependant, le rein est en cause : douleurs sourdes ou sous forme de syndrome lithiasique, poussées répétées de pyélonéphrite, parfois hématuries répétées signent le siège anatomique de la lésion. Il ne faut jamais négliger dans ces conditions de pratiquer une radiographie debout, après injection intraveineuse d'urosélectan. On peut ainsi révéler une ptose rénale considérable, insoupçonnée dans le cubitus dorsal.

Une néphropexie met alors fin aux accidents douloureux et préserve le rein de toutes les conséquences d'une ptose méconnue.

Suit une importante discussion.

Le rôle des anomalies congénitales du rein et des uretères comme cause de conditions chirurgicales, par M. GUTIERREZ (New-York). — Fréquence et importance clinique des anomalies du rein et de l'uretère. Leur classification clinico-anatomico-pathologique. Diagnostic dans l'ère cysto-urographique. Symptomatologie et pathologie chirurgicales. Leur occurrence en relation avec d'autres conditions pathologiques et l'importance de leur rôle dans le développement des syndromes douteux de maladies mal définies. Traitement clinique et chirurgical. Quelques cas illustratifs avec leurs résultats post-opératoires.

Résultats éloignés des néphropexies. Complications possibles. — M. R. GOUVERNEUR (Paris). — Dans la grande majorité des cas, la reposition opératoire du rein donne de bons résultats, à condition que l'indication opératoire soit bien posée et que le rein soit fixé suffisamment haut dans sa loge, qu'enfin les obstacles qui gênaient l'excrétion urinaire, brides ou coudures urétéro-pyéliques, aient été supprimés. 36 malades ont été opérées et 26 ont pu être revues ; 21 avaient un résultat excellent, 3 fois quelques douleurs persistaient et il y eut deux échecs. Dans un cas, bien que le rein fût parfaitement remis en place, la malade souffrait et il existait toute une sclérose périrénale qui étranglait la glande et nécessita la néphrectomie.

Deux fois la ptose se reproduisit ; un cas avait été opéré en province par le procédé de fixation capsulaire ; l'autre était personnel et on avait fait une fixation transparenchymateuse, les fils de suspension avaient cisaillé les muscles intercostaux, et l'absence d'adhérences, bien qu'il y eût décapsulation dans un cas, avait permis la descente du rein. Il faut que les fils de suspension, fils non résorbables, prennent non seulement les muscles intercostaux, mais les muscles de la paroi, grand dorsal et grand oblique, qui ne risquent pas d'être coupés par l'anse de fixation ; cette technique a été suivie dans plus de la moitié des derniers cas opérés.

Suit une importante discussion.

Des opérations conservatrices dans les cas de reins infectés. — Le professeur GAYET (de Lyon) estime qu'il y a lieu de pousser très loin la conservation dans les cas de reins infectés. A côté de la néphrostomie utile, lorsqu'il y a pyélite et rétention, il y a place pour un autre procédé destiné à combattre les infections parenchymateuses et surtout corticales. Ce procédé, c'est la décapsulation avec essorage du rein malade. Il se pratiquera par une lombotomie large, permettant d'examiner l'organe, de le décapsuler et de l'envelopper complètement dans des compresses de gaze. On pourra, en maintenant la plaie largement ouverte, renouveler les compresses à plusieurs reprises, sous une légère anesthésie générale ou locale, et ceci jusqu'à ce que l'infection ait été vaincue. Cette méthode a été utilisée plusieurs fois à la clinique d'urologie de Lyon, notamment chez une malade atteinte d'infection superficielle du rein, c'est-à-dire de petits abcès corticaux. Dans ce cas, les abcès étaient dus au colibacille.

Chez une autre malade atteinte de pyonéphrite, il fallut procéder trois fois à l'essorage avant de faire tomber complètement la température. Ces deux malades ont guéri. Un inconvénient de la méthode serait de laisser des douleurs dues à la périnéphrite adhésive, ce qui a été observé dans les deux cas. Mais ces douleurs ont paru s'atténuer assez rapidement. L'utilité de ces méthodes de conservation est indiscutable lorsque l'autre rein est absent ou déjà malade.

Glomérulonéphrite diffuse subaiguë au stade terminal. Décapsulation bilatérale. Amélioration remarquable. — MM. H. CHABANIER, P. GAUME, C. LOBO-ONELL et E. LELU, rapportent un nouveau cas de cette forme spécialement grave de néphrite, à évolution rapidement mortelle (quelques semaines à quelques mois), au-dessus des moyens thérapeutiques médicaux.

La décapsulation pratiquée chez leur patient, alors qu'il était déjà parvenu au stade terminal, détermina une amélioration remarquable. L'état général est actuelle-



Le plus riche et le plus assimilable des médicaments phosphorés

PHYTINE

NOM DÉPOSÉ

PHOSPHORE CALCIUM MAGNÉSIUM





Tonique et Reconstituant

CACHETS	GRANULÉ	COMPRIMÉS
2 à 4 par jour	2 à 4 mesures par jour	2 à 4 par jour

Laboratoires CIBA . O. Rolland. 103 à 117, Boul^d de la Part-Dieu, LYON

400

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

ment des plus favorable. L'urée sanguine s'est abaissée à 0,64 (venant de 5gr,80).

Les auteurs évoquent à cette occasion une autre observation publiée antérieurement (*La Presse médicale*, 24 juillet 1935, et *Société française d'urologie*, 18 novembre 1935), ayant trait à une enfant de douze ans et demi, laquelle présenta le même type de néphrite. Décapsulée au stade terminal également, la malade fut remarquablement améliorée. Après plus d'un an, elle est dans une santé parfaite, avec une urée sanguine et une constante uréo-sécrétoire normales.

Les auteurs attirent l'attention sur l'intérêt de la décapsulation dans ce type de néphrite vis-à-vis de laquelle les moyens thérapeutiques médicaux sont impuissants.

Dans les deux cas, le diagnostic a été formellement confirmé par la biopsie.

A propos des suppurations prostatiques, par MM. CHEVASSU (Paris). — Au moyen d'une série de projections d'urétéro-prostatographies rétrogrades au lipiodol, pratiquées au moyen de l'urétrographe de François Moret, l'auteur étudie les diverses formes des suppurations prostatiques.

1° Les minimes cavernes des blennorragiens qui ne guérissent pas ;

2° Les cavernes prostatiques qui coïncident si fréquemment avec les rétrécissements de l'urètre antérieur, au point qu'on peut se demander si elles ne sont pas souvent la cause même des urétrites chroniques sténosantes, du fait de la suppuration qu'elles déversent constamment dans l'urètre ;

3° Les cavernes prostatiques qui accompagnent fréquemment les hypertrophies de la prostate, et qui jouent peut-être par leurs poussées aiguës un rôle dans l'apparition de la crise aiguë de rétention du prostatique ;

4° Les suppurations périnéales, fusées de suppurations prostatiques, volontiers confondues avec des abcès urineux développés aux dépens de l'urètre antérieur ;

5° La coexistence fréquente des suppurations périurétrales de l'urètre antérieur et des cavernes prostatiques ;

6° La coexistence presque constante de calculs de la prostate et de cavernes prostatiques dans lesquelles ils se forment ;

7° Les abcès chauds de la prostate, avant et après leur ouverture urétrale.

Il insiste sur l'extrême fréquence des cavernes prostatiques latentes chez les vieux urinaires. Certaines prostates qui ne sont plus qu'une coque recouvrant d'énormes cavernes, peuvent se présenter au toucher rectal sous l'aspect d'une prostate normale.

Dans les suppurations prostatiques chroniques importantes, dans les prostatites « rayonnantes » en particulier, il est facile d'évider complètement au doigt la prostate en employant la technique de la prostatectomie suspubienne.

Quant aux cavernes de la tuberculose prostatique, elles ne se différencient pas toujours des cavernes constituées par des suppurations banales. Mais quand l'injection opaque pénètre dans les canaux déférents ou les vésicules séminales, il semble qu'on puisse affirmer l'origine tuberculeuse des lésions.

Tout ceci montre l'extrême intérêt que présente l'urétro-prostatographie, exploration facile, rapide, indolore et anodine.

Indications de la résection endo-urétrale, par B. FEY. — Les indications se précisent petit à petit et doivent être distinguées selon les cas.

Chez les malades qui ne sont plus justiciables de la prostatectomie, la résection endo-urétrale nous permet, sans grand danger, de refermer la vessie après cystostomie de nécessité.

Chez ceux qui sont justiciables de la prostatectomie, la résection endo-urétrale n'est indiquée que chez les prostatiques sans prostate, c'est-à-dire dans une faible proportion de cas.

Chez ceux qui ne sont pas encore justiciables de la prostatectomie, c'est-à-dire chez ceux qui n'ont qu'un résultat insignifiant, la résection endo-urétrale peut rendre des services considérables chez les malades *dysuriques* avec *vessie à cellules et à colonnes* et empêcher la formation des lésions secondaires aux dysectasies du col (diverticules, diverticulose, calculs vésicaux, reflux vésico-urétral, etc.).

Suit une importante *discussion*.

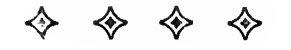
A propos du diagnostic et du traitement du cancer de l'urètre chez une femme. — LOUIS MICHON (Paris) apporte l'observation d'un cancer urétral au début reconnu par urétroscopie et dont seule la biopsie, faite sous contrôle endoscopique, permettait d'établir la nature.

Première opération : cystostomie, ablation de tout l'urètre et fermeture de la région du col ;

Deuxième opération : réfection de l'urètre par le procédé de la tunnellisation de Marion.

L'auteur apporte cette observation pour provoquer de la part de ses collègues leurs avis sur les indications du traitement chirurgical et du traitement curiethérapique, ces néoplasmes étant, en effet, souvent radio-sensibles.

Suit une discussion à laquelle prennent part MM. Gouverneur (Paris), Perrier (Genève), Uteau (Biarritz).



REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

JOURNÉE MÉDICALE DE L'HOPITAL-HOSPICE DE NIORT

Séance du 18 octobre 1936.

Cette journée, organisée par la Commission administrative de l'hôpital de Niort et le Syndicat médical des Deux-Sèvres, avait trait à l'hospitalisation. Elle fut présidée par le Dr Dibos, ex-président de la Confédération des Syndicats médicaux, qui remplaçait M. le Dr Louis Martin, empêché. Le ministre de la Santé était représenté par le Dr Dequidt, inspecteur général des services administratifs, et par M. Delavente, secrétaire général de la Commission de répartition des fonds. On comptait environ 150 personnes présentes, parmi lesquelles : le Dr Cibrie, secrétaire général de la Confédération, et de nombreux médecins, les sénateurs maires de Périgueux et d'Albi, les maires de Mont-de-Marsan et de Saint-Brieuc et des délégués des Commissions administratives : Rochefort, Angoulême, Châteauroux, Cahors, Périgueux, Saint-Brieuc, et de très nombreux médecins des Deux-Sèvres ou étrangers au département.

L'évolution de l'hospitalisation, la description et le fonctionnement de l'hôpital de Niort, faisaient l'objet d'un rapport du Dr G. Renou.

Il rappela d'abord les principes qui sont à la base de l'art médical. La médecine ne connaît que le malade, ignore les classes sociales et les frontières. L'acte médical est essentiellement un acte d'homme à homme qui implique forcément une intimité complète entre les deux protagonistes, puisque le praticien doit tout connaître de son malade, auquel le lie un secret impénétrable. Cet acte, qui peut s'accompagner d'activité matérielle, est avant tout un acte d'ordre intellectuel et moral qui ne vise qu'au soulagement de la souffrance et à la conservation de la vie. Cet acte ne peut être tarifé comme un acte commercial ; il ne peut être reconnu, honoré que par un accord direct entre celui qui donne et celui qui reçoit les soins.

L'art médical devient de plus en plus complexe, sa connaissance totale est impossible ; il faut donc souvent, pour le trouble en apparence le plus minime, faire appel à plusieurs médecins. D'autre part, l'outillage médical devient lui aussi de plus en plus compliqué, donc de plus en plus onéreux. De ces prémisses découle un critérium concret et impératif, qui va permettre de juger la valeur des procédés d'hospitalisation.

L'hospitalisation doit faire en sorte que le malade, quel que soit son rang social, puisse jouir pleinement de la liberté de confiance, laquelle implique l'entente directe. L'établissement de soins doit permettre la collaboration médicale, il doit être en outre admirablement outillé.

Or l'histoire de l'hospitalisation montre que si elle a suivi l'évolution de l'état social et du progrès technique, elle n'a jamais apporté une solution rationnelle et satisfaisante aux principes énoncés ci-dessus. Ni les nouvelles lois sur les accidents du travail ou les Assurances sociales, ni la structure hospitalière n'ont modifié la vieille formule : l'hôpital pour pauvres, à salles communes, réparties entre plusieurs services. Les lois dites sociales, malgré l'inscription dans leur texte du libre choix et de l'entente

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

directe, n'ont pas empêché, dans la pratique hospitalière, les malades d'être traités comme des indigents avec toutes les servitudes qui leur sont imposées.

On a usé et abusé de la générosité du corps médical hospitalier qui avait et a toujours à honneur de soigner gratuitement les pauvres.

Un récent arrêt du Conseil d'Etat et une circulaire ministérielle viennent de tenter de régulariser une situation assez anarchique. La solution est inacceptable. Outre qu'elle ne satisfait pas les principes essentiels de la médecine, il est inadmissible qu'une simple circulaire prise sans l'avis des principaux intéressés, malades et médecins, puisse se substituer à la loi.

C'est la loi de 1851 qu'il faut changer, et le Dr Dequidt, représentant à Niort le ministre, a donné l'assurance que cette modification était au premier plan des préoccupations des Pouvoirs publics.

Trois solutions sont possibles, a dit le rapporteur :

Tout d'abord ne rien faire ; c'est simple, mais ne résout rien.

Fonctionnariser les médecins. C'est au malade à le dire et à choisir : ou bien il entend être déchargé de tout souci pécunaire et faire bon marché du libre choix ; alors lui offrir un service de santé civil calqué sur le militaire ; ou bien il veut conserver sa liberté de confiance et il doit, en ce cas, exiger des établissements de soins où s'exerceront le libre choix et l'entente directe.

C'est cette troisième solution qu'a réalisée l'hôpital de Niort. Le règlement modèle des hôpitaux indique qu'à côté de l'ancien type d'hôpital public à salles communea et sans libre choix, il est loisible aux commissions administratives d'édifier des cliniques annexes soustraites à ls législation hospitalière. Au lieu de juxtaposer un hôpital pour pauvres et une maison de santé pour riches, la Commission de Niort a supprimé l'hôpital et offert à tous les malades une maison de santé où ils jouissent du libre choix intégral et de son corollaire l'entente directe.

Du bilan financier exposé en détail il faut retenir que la reconstruction de l'hôpital de Niort, qui en portera la capacité à près de 1 000 lits, coûtera 27 millions, ce qui fait ressortir le prix moyen du lit à 27 000 francs. Toutes les ressources hospitalières ont été obtenues par l'emprunt et, malgré une charge d'annuité qui s'élève pour 1935 à près de 800 000 francs, le prix de journée a pu être abaissé de 2 francs et n'est plus qu'à 18,26 en médecine et 19 en chirurgie.

La description détaillée de tous les services hospitaliers de Niort et leur visite occupa quelques heures. A la fin de l'après-midi la discussion fut ouverte.

Les représentants des Caisses d'assurance se déclarèrent très émus des déclarations du rapporteur. Celui-ci, en effet, avait démontré, avec chiffres à l'appui, que l'assuré touchait d'autant moins que sa maladie était plus grave et que pour les soins nécessitant l'hospitalisation,

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

les Caisses n'étaient tenues qu'au prix minimum de l'hôpital public (arrêt de la Cour de cassation). Ces représentants ne purent que confirmer ces points et les regretter, disant qu'ils ne faisaient qu'appliquer lois et règlements.

Le Dr Py, médecin administrateur d'un hôpital rural des Deux-Sèvres (Oiron), plaida la cause des petites formations hospitalières, qui doivent, à son sens, trouver leur place dans le plan rationnel de l'équipement hospitalier du pays.

Deux chirurgiens, Dr Baranger du Mans et Dr Bernard R., chirurgien des hôpitaux de Paris, apportèrent d'autres critiques, tout en reconnaissant l'excellence de l'organisation technique de Niort. M. Baranger voudrait que les médecins d'hôpitaux fussent hiérarchisés ; qu'il y ait un chef de service, entouré d'assistants. M. R. Bernard a estimé que le système niortais allait nous précipiter dans l'étatisme, comme en témoigne la dernière circulaire ministérielle dont il a pris prétexte pour souligner les dangers du système niortais.

M. Paul Garnal, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique, n'a pas caché son admiration pour l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital de Niort, mettant en valeur la conjugaison des efforts administratifs et médicaux dont les malades sont les premiers et les principaux bénéficiaires.

Le Dr Cibrie, secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux, attire l'attention sur la portée de l'expérience niortaise, montrant l'urgence d'une transformation fondamentale de notre législation hospitalière. Tout en se défendant d'entrer dans le détail d'une organisation qui n'est pas même ébauchée, il insista sur la nécessité de maintenir dans la forme actuelle les hôpitaux de grandes villes qui doivent rester des centres d'enseignement.

Mme Matlley-Cornat (Bordeaux) émet le vœu que le type hospitalier de Niort servît de modèle et de guide dans les villes de moyenne importance.

M. le Dr Dequidt, représentant le ministère de la Santé publique, s'associa aux éloges qu'avait provoqués la visite de l'hôpital et donna l'assurance qu'il ferait au ministre un tableau exact de ce qu'il avait vu et appris à Niort et qu'il l'engagerait vivement à venir sur place se documenter. Quant à la modification des lois hospitalières, il a assuré l'auditoire que le ministre de la Santé avait l'intention d'en demander la revision totale après consultation des intéressés.

Le Dr Dibos, président, a conclu en montrant quels bienfaits les collectivités pouvaient retirer de la collaboration du corps médical organisé et il a terminé par un vibrant appel en faveur du syndicalisme médical.

NÉCROLOGIE

LE Dr LUCIEN GALLIARD (1852-1936)

Le Dr Lucien Galliard, médecin honoraire des hôpitaux, l'un de mes derniers maîtres, vient de mourir dans sa quatre-vingt-troisième année. Ainsi s'en vont peu à peu tous ceux qui ont formé notre esprit.

Il avait été reçu interne des hôpitaux en 1877 avec le n° 15, d'une promotion où l'on comptait Faisans, Gaucher, Chauffard, Comby, Ledoux-Lebard, Netter, Béclère, Variot, Desnos, Poirier, Valude, c'est-à-dire une phalange de médecins et chirurgiens qui devinrent parmi les plus éminents.

Il avait été nommé médecin des hôpitaux en 1890 et il avait été un des élèves préférés de Hayem et de Millard. Il fut aussi l'interne d'Empis, au nom si archaïquement grec.

Il était le commensal de salle de garde de Juhel Renoy, Laurent de Versailles, Chauffard aujourd'hui décédés et de Brault, Bar, de Lapersonne, encore pleins de vie, gardés à la science médicale et aux malades. Il conserva toujours avec ces hommes de haute valeur intellectuelle et morale, une solide amitié, que la droiture de son caractère et de sa vie cimentait chaque jour.

Sa vie hospitalière se passa entre l'hôpital Tenon, où il eut son premier service, et l'hôpital Lariboisière. Il était également médecin de la maison des Diaconesses.

Modèle de régularité et de conscience dans l'exécution de son service, il étudia surtout les maladies des voies respiratoires et de l'intestin. Il auscultait avee une perfeetion qu'on ne retrouve plus de nos jours, où la radioscopie et la radiographie pulmonaire incitent à la paresse de l'oreille, qui les complète cependant d'une manière si parfaite et leur est si souvent supérieure. Combien de fois, surtout en tuberculose pulmonaire, l'auscultation parle-t-elle alors que les rayons X sont muets.

Il fit ainsi un excellent livre sur le *pneumothorax* où il publia une importante statistique collectée auprès des médecins les plus spécialisés et une étude à la fois séméiologique et clinique parfaite de cette complication de la tuberculose et des maladies pulmonaires.

Au contact de Hayem, il avait pris le goût des maladies gastro-intestinales. Il fut un des premiers à publier des cas de syphilis gastrique ou intestinale, et l'article sur les maladies de l'intestin qu'il a écrit dans le *Traité de médecine* de Brouardel et Gilbert reste encore excellent, malgré le temps aujourd'hui éloigné où il fut écrit.

Chargé du service des cholériques au moment de l'épidémie de choléra de 1889, il eut la pensée de faire bénéficier les médecins de son expérience en publiant dans la collection Charcot-Debove un excellent petit livre sur *Le Choléra*.

Sa vie professionnelle fut d'une rare probité. Ennemi de toute réclame, de tout apparat, il vivait simplement au milieu des siens, sans recherche de la clientèle, uniquement appliqué à soigner avec son cœur et sa science les fidèles qui s'adressaient à lui et restaient attachés à sa personne médicale.

Sa vie privée fut d'un exemple admirable. Véritable patriarche au milieu de ses six enfants, il a laissé une magnifique famille, où l'on compte Jacques Brissaud, le fils de l'illustre professeur ; le professeur Brumpt à la carrière si éclatante de découvertes et de voyages d'explorations ; Galliard, professeur à l'École de médecine d'Hanoï, le capitaine de frégate Charles Vidil, M. de Coppet.

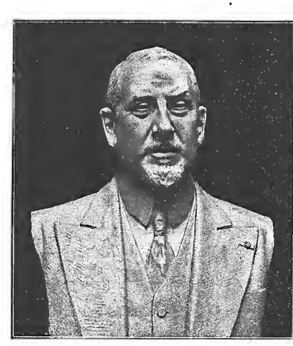
Le pasteur au temple du Saint-Esprit de la rue Roquépine retraça d'une langue admirable et avec une grande élévation d'idée, la vie spirituelle de Lucien Galliard, attaché par-dessus tout à ses devoirs de religion et de citoyen. Il sut émouvoir l'assistance à l'évocation de cette grande et simple vie. Et c'est avec une émotion intense qu'au Père-Lachaise, après l'heure recueillie de la destruction, nous vîmes descendre des marches du crématorium, porté sur un brancard, trop grand pour un cadavre d'enfant, le petit coffret de marbre où se serraient les cendres de Lucien Galliard avant son insertion éternelle dans les mur du Colombarium, au pied desquels s'accumulaient les couronnes de fleurs et les chrysanthèmes de deuil apportées par ses parents et ses amis.

G. MILIAN.

CÉRÉMONIES MÉDICALES

BUSTE DU Dr JULES RENAULT

Le 20 septembre 1936, la municipalité de Nevers et les membres de la Commission administrative de l'hôpital de cette ville inauguraient le buste du Dr Jules Renault, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, en reconnaissance de sa collaboration précieuse apportée depuis de nombreuses années au développement et à la transformation de l'Hôpital général.



Devant l'œuvre magistrale du sculpteur Alix Marquet, plusieurs orateurs témoignèrent leur reconnaissance et leur affection à leur éminent compatriote. Tous à l'envi, MM. le Dr Michel Gaulier, maire de Nevers, Jean Locquin, ancien sous-secrétaire d'État aux Beaux-Arts, Dr L. Tixier, médecin-chef de l'hôpital, et M. Mazillier, étudiant en médecine, célébrèrent ses grands mérites, son labeur fécond, son extrême bonté, sa grande conscience professionnelle et, qualité particulièrement nivernaise, « sa vision nette des réalisations appropriées ».

Dans un discours d'une charmante finesse, M. Jules Renault remercia tous les assistants et amis accourus à cette fête familiale. Puis s'adressant à son buste, à la ressemblance parfaite, il lui demanda, quand aura sonné l'heure du dernier sommeil, de veiller sur les malades et de laisser tomber sur eux, comme il l'a fait toute sa vie, un regard de bonne et fraternelle commisération.

A. DARIAUX.

REVUE DES CONGRÈS

XLVe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(5-10 *octobre* 1936)

Troisième question mise à l'ordre du jour :

Les pneumonectomies

Résumé du rapport de MM. Robert MONOD (de Paris) et BONNIOT (de Grenoble).

Il faut entendre par le terme de pneumonectomie une opération d'exérèse pulmonaire typique avec ligature du pédicule, qu'il y ait ablation de tout le poumon (pneumonectomie totale) ou d'un ou plusieurs lobes (lobectomie)

Aux exérèses partielles atypiques on doit appliquer le terme de « pneumo-résections fragmentaires ».

Cette chirurgie est de date récente. C'est sous l'impulsion de Gluck et de Biondi qu'elle prend naissance, autour de 1881.

Trois périodes sont à considérer dans l'histoire de la chirurgie pulmonaire :

De 1881 à 1900, c'est la période purement expérimentale.

De 1900 à 1918, c'est une étape préparatoire, toute remplie des efforts de technique.

Enfin, de 1918 à nos jours, la chirurgie pulmonaire

ALZINE
(PILULES)

0,003 Dionine. Lobélie. Polygala. Belladone. Digitale. Iodures.

Asthme. Emphysème. Bronchites chroniques. Sédatif de la toux.

CAS AIGUS : 5 pil. par j. CHRON. : 3 pil. par j.

ATOMINE
(CACHETS)

Acide phénylquinoléine carbonique. Phosphothéobromine sodique.
Arthritisme. Lumbago. Sciatiques. Rhumatismes. Myalgies.
DOSE OXALO-UROLYTIQUE : 5 cachets par jour pendant 5 jours, cesser 3 jours et reprendre.

DIUROCARDINE
(CACHETS)

0,05 Digitale filtrée. Scille. Posphothéobrom. sod.
Diurétique puissant et sûr. Néphrites Cardites. Asystolie. Ascites. Pneumonies.
DOSES : MASSIVE, 3 par jour pendant 5 jours.
CARDIOTONIQUE, 1 par j. pend. 10 j.
D'ENTRETIEN, 1 t. les 2 j. pend. 10 j.



LABORATOIRES
BOIZE & ALLIOT
9, Avenue Jean-Jaurès
LYON

DIUROBROMINE
(CACHETS)

0,50 Théobromine physicobiochimiquement pure.

Albuminuries. Hépatismes. Maladies Infectieuses.

DOSE DIUROGÈNE : 3 cachets par jour.
DOSE DIUROTONIQUE : 1 cachet par jour.

DIUROCYSTINE
(CACHETS)

Terpine. Benzosoude. Camphor de Lithine. Phosphothéobromine sodique.
Drainage en fin de Blennorragie. Goutte. Gravelle Uréthrites. Cystites. Diathèses uriques.
DOSE MASSIVE : 5 cachets par jour.
DOSE ÉVACUATRICE : 2 cachets par jour.

LOGAPHOS
(GOUTTES)

Ethers éthylphosphoriques. Alcoolé vomique total. Psychasthénie. Anorexie.

Désassimilation. Impuissance.

DOSE MOYENNE : 20 gouttes avant les 2 repas.

QUINBY
QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"

et **SYPHILIS**

QUINBY SOLUBLE
INDOLORE – INCOLORE PROPRE – INJECTION FACILE

Adopté par :
L'Assistance-Publique — Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.

QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE CONTRE LA **TYPHOÏDE**

QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE LA FIÈVRE DE **MALTE**

LABORATOIRES
AUBRY
62 rue Erlanger
PARIS (XVIe)
Tél. TASMIN 10-44

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

entre dans la voie réalisatrice. Cette dernière période s'ouvre par les tentatives hardies de Lilienthal, qu'accompagne une mortalité importante. Du fait de ces échecs, les pneumonectomies cèdent le pas quelques années durant aux destructions ignées de Graham, aux méthodes indirectes (plombage) ou combinées.

Ce n'est qu'en 1929 que s'ouvre la phase des succès, avec les publications de Brunn et Schenstones. Les succès qui se montrent de plus en plus encourageants ne peuvent résulter que de la collaboration étroite des médecins et des chirurgiens.

La chirurgie d'exérèse pulmonaire pose deux problèmes d'égale importance :

A. Le problème technique.

a. *Les données du problème.* — Elles sont d'abord d'ordre *anatomique* et concernent à ce titre la morphologie et la topographie des poumons, des scissures, des pédicules et des lobes, la systématisation des lymphatiques, la disposition des nerfs.

Elles sont aussi d'ordre *physiologique.* On prévoit les conséquences qu'entraînent l'ablation plus ou moins large du poumon, l'ouverture du thorax, les ligatures et les sections des vaisseaux, des bronches et des nerfs.

Le traumatisme opératoire modifie dans de grandes proportions les conditions physiologiques normales de la respiration et de l'hématose. Il faut prévoir les risques et leur opposer en quelque sorte un traitement prophylactique, faute de quoi toute intervention deviendrait un échec.

A ces données anatomiques et physiologiques s'ajoutent des données pathologiques. Celles-ci se résument dans le facteur infection, qui est vraiment l'élément le plus grave du problème. Le risque énorme qu'entraîne l'infection domine les indications opératoires. C'est de sa prophylaxie et des mesures de sécurité qu'elle nécessite que découle la technique chirurgicale des pneumonectomies.

Une autre donnée importante est celle des *effets tardifs* de l'opération. L'hémithorax déshabité doit être comblé. Dans les cas de lobectomie, ce comblement se fait pour ainsi dire de lui-même, les lobes conservés deviennent « expansifs » grâce à l'hyperpression terminale et au drainage aspirateur post-opératoire.

S'il s'agit d'une pneumonectomie totale, le comblement est moins certain. Fréquemment spontané chez l'enfant, il nécessite chez l'adulte une thoracoplastie.

La répercussion sur la respiration, la circulation et la structure intime du poumon est mal connue ; il y manque encore le recul du temps.

b. *Les solutions du problème. — Tactique opératoire.* Les méthodes chirurgicales se divisent en deux grands groupes, suivant que l'opération se fait en plèvre libre ou en plèvre cloisonnée. Le premier procédé a pour lui son élégance, mais il expose à l'infection de la séreuse. Il doit être réservé aux cas aseptiques ou peu infectés. Le second donne plus de sécurité. Ces considérations s'appliquent surtout aux cas de lobectomies ; s'il s'agit d'une pneumonectomie totale, il est souvent préférable d'opérer en un temps.

Technique opératoire. Les soins à donner avant l'opération, le choix des instruments, la question de l'anesthésie et les soins post-opératoires sont longuement exposés.

Les auteurs soulignent qu'il s'agit là d'une chirurgie « d'équipe », nécessitant un entraînement et un travail en commun du médecin, du chirurgien, du bronchoscopiste et de l'anesthésiste.

Le malade est fixé dans le décubitus latéral. L'emploi de l'aspirateur et du bistouri électrique est indispensable. Il serait bon d'opérer toujours dans une salle vaste, dont l'air serait conditionné et stérilisé.

B. Le problème clinique.

Il se pose pratiquement :
1° Dans le cancer primitif du poumon ;
2° Dans les bronchectasies ;
3° Dans les abcès du poumon.

Cancer du poumon. — C'est une affection relativement fréquente (7 p. 100 des cancers). Le pronostic est fatal et seule la pneumonectomie a pu parfois amener la guérison.

Il convient de pratiquer une pneumonectomie totale avec ligature isolée des éléments du pédicule. L'exérèse doit comprendre la bronche souche jusqu'à deux centimètres de l'éperon trachéal, et les ganglions médiastinaux. Dans ces conditions, elle ne sera vraiment efficace que si la tumeur ne siège pas sur les deux premiers centimètres de la bronche-souche et si on la pratique avant tout envahissement de la plèvre, de la paroi thoracique, du diaphragme et des ganglions.

Ceci suppose avant tout un diagnostic précoce.

Mais toutes les formes de néoplasme ne se prêtent pas également à ce diagnostic précoce. C'est ainsi que les cancers des grosses bronches qui se manifestent d'emblée, que la bronchoscopie révèle facilement et dont la biopsie est aisée, donneront d'excellents résultats à condition de ne pas attendre pour intervenir qu'apparaisse la totalité des signes cliniques et radiologiques. Il en va autrement des tumeurs bronchiolaires ou parenchymateuses, essentiellement latentes et qu'on ne découvre guère qu'après généralisation.

Il importe également de dépister très tôt les contre-indications opératoires.

Bronchectasies. — Il est classique de considérer ces affections comme relativement bénignes. Est-il légitime de leur opposer une méthode thérapeutique dont les risques ne sauraient être niés ?

La gravité de la pneumonectomie dépend de la localisation des lésions à combattre, de l'âge du sujet, du degré d'évolution de la maladie. A rejeter dans les cas de lésions bilatérales, elle demeure sérieuse encore dans les formes unilatérales diffuses et dans les formes localisées au lobe supérieur. Dans toutes ces éventualités, elle doit être totale.

Mais la pneumonectomie apparaît beaucoup plus bénigne quand elle vise à supprimer des lésions des lobes moyens et inférieurs. L'infection est toujours un facteur de gravité considérable.

Abcès du poumon. — C'est là une affection fréquente et redoutable. La thérapeutique purement médicale peut dans certaines circonstances se montrer très efficace.

La pneumonectomie n'est indiquée qu'en présence de formes rebelles aux méthodes médicales et à toutes les autres méthodes chirurgicales. Rarement de mise quand il

s'agit d'abcès aigus, elle semble dans les abcès chroniques mériter plus de faveur. Elle apparaît particulièrement indiquée dans les collections centrales, uniques, et dans les abcès compliqués de bronchectasie. Exceptionnellement, après échec du drainage et des exérèses atypiques, elle est susceptible d'apporter une solution heureuse à une situation par ailleurs sans issue.

Discussion.

M. Sergent (de Paris) passe en revue les indications de la pneumonectomie, telles qu'il les conçoit dans les trois éventualités suivantes :

a. *Les abcès du poumon.* — Ni la lobectomie, ni la pneumonectomie totale ne sont indiquées en présence d'un, abcès pulmonaire. C'est à la pneumonectomie fragmentaire et progressive ou la simple pneumotomie qu'il faut recourir, à moins qu'une attente coupable ait permis à la pyosclérose de s'installer, avec ses suites de bronchectasies, transformant le parenchyme en une véritable éponge purulente.

b. *Les bronchectasies fétides.* — Lobectomies et pneumectomies sont indiquées, mais il convient au préalable de pratiquer une exploration lipiodolée rigoureuse, afin de s'assurer suivant le cas de l'intégrité des autres lobes ou de l'autre poumon.

c. *Les cancers.* — Ce devrait être l'indication formelle de la pneumonectomie. Pour espérer le succès, il importe de poser précocement le diagnostic. Les risques opératoires demeurent considérables, les accidents tardifs dus aux métastases ne sont pas négligeables. La chirurgie donnera de bons résultats quand nous posséderons un moyen de diagnostic permettant de dépister le néoplasme dès son apparition. Mais, même dans ce cas, il faudra compter avec les contre-indications : âge avancé du sujet, insuffisance cardiaque, fléchissement de la tension, tares rénales et nerveuses.

B. Bezançon (de Paris). Les suppurations broncho-pulmonaires sont certes mieux connues depuis quelques années, mais nombreux sont encore les progrès à réaliser Les chirurgiens ont perfectionné leurs techniques ; les médecins doivent multiplier les examens cliniques et radiologiques ; ces derniers sont à pratiquer dans toutes les incidences, avec ou sans préparation au lipiodol.

L'anatomie pathologique et la bactériologie sont des éléments importants de la lutte contre ces suppurations.

L'examen des crachats est souvent décevant. La preuve de la responsabilité du spirochète et des anaérobies est difficile à établir.

Le pronostic est réservé, plutôt sombre. L'auteur souligne le danger des statistiques globales. Le pronostic ne peut être qu'individuel.

M. Kindberg (de Paris) étudie surtout la dilatation des bronches. Il considère que la lobectomie est toujours indiquée dans ce cas.

La théorie classique qui voit dans cette affection uniquement une sclérose progressive du parenchyme consécutive à des infections répétées et souvent méconnues, ne répond pas à la totalité des observations.

Les deux circonstances suivantes sont à retenir : 1° il s'agit d'une dilatation acquise, d'aspect chronique, ou d'un reliquat d'abcès bronchectasique ; 2° ou bien, on se trouve en face d'une dilatation congénitale secondairement infectée et nettement localisée.

Le pronostic *quoad vitam* est sérieux ; la survie ne dépasse pas huit à dix ans.

Mettant à part les cas bénins, les cas intéressants des malades trop âgés et les cas avec lésions généralisées, l'opération est toujours à conseiller.

M. Marro (de Turin) fait l'éloge de la thoracotomie médiane en chirurgie pulmonaire. C'est une opération sûre, facile et rapide. Elle est en chirurgie thoracique ce qu'est la laparatomie médiane en chirurgie abdominale. Elle est indiquée dans les interventions d'exérèse, mais aussi dans les cas douteux où l'on se propose d'explorer simplement.

M. Leriche (de Strasbourg) rapporte deux observations personnelles de lobectomie, pour bronchectasie. La technique d'Edwards et Robert lui paraît recommandable surtout avec l'emploi de l'anesthésie locale par infiltration paravertébrale du sympathique.

M. Edwards (de Londres), fait un exposé de sa pratique personnelle et expose sa technique. Il opère toujours en un temps. Voici sa statistique :

1° Bronchectasies : 113 lobectomies, dont une bilatérale avec 16 morts (14 p. 100). Des 97 survivants, 12 sont morts plus tard d'affections intercurrentes, de un à cinq ans après la lobectomie, 64 sujets ont été suivis de un à sept ans 35 ne présentaient plus aucun signe de bronchectasie, 10 n'avaient plus aucun signe clinique, mais seulement des signes à l'écran, 13 avaient encore des symptômes cliniques et radiologiques.

7 pneumectomies totales ont été pratiquées pour bronchectasies avec 2 décès (28 p. 100).

2° Cancers : 16 lobectomies avec 3 morts opératoires (19 p. 100), 8 récidives et 6 guérisons.

6 pneumonectomies totales ont donné 2 décès opératoires, une métastase et 3 survies.

M. Ameuille (de Paris). L'intervention chirurgicale doit entrer dans la pratique courante. Mais tous les cas ne relèvent pas de la chirurgie et le triage de ces cas est chose délicate. L'intervention pourra être conseillée dans les abcès chroniques où le drainage reste insuffisant, dans certaines formes de tuberculose, où la collapsothérapie ne peut vaincre « l'inertie cavitaire ».

L'auteur insiste sur les difficultés que présentent les indications quand il s'agit de cancer. Sur 40 malades, 3 lui ont paru justiciables de l'opération. Or, le premier sujet avait été l'objet d'une erreur de diagnostic, le second présentait des métastases, le troisième tarda à se décider et se présenta enfin inopérable. La biopsie permet seule un diagnostic certain, mais les erreurs sont encore possibles, aussi l'auteur est-il près de souscrire à la thoracotomie exploratrice.

Quand il s'agit de bronchectasies, le chirurgien tend à opérer tôt, mais le médecin pense que bien des cas légers peuvent guérir à moins de frais et que l'évolution ne se fait pas fatalement vers les complications infectieuses. Cette dernière ligne de conduite expose le malade à venir trop tard au chirurgien.

MM. Santy, Dargent et Bérard (de Lyon) exposent les résultats obtenus après deux ans d'expérience et discutent les causes d'échec. Ce sont :

1° L'anesthésie. Pour le temps de découverte, l'anesthésie loco-régionale est tout indiquée. Pour le temps vis-

céral, les auteurs donnent la préférence à l'évipan.

2° L'infection du poumon opposé est une cause d'échec importante dans le traitement des bronchectasies. Elle est fonction surtout de l'état du poumon malade qu'il faut s'attacher à désinfecter le plus possible avant d'opérer. C'est chez l'enfant qu'on obtient les meilleurs résultats.

3° L'infection du foyer opératoire constitue une complication redoutable. C'est elle qui justifie les opérations en plusieurs temps et la mise à plat des foyers suppurés secondaires.

Dans les cancers, la question infection est moins importante. Les lésions néoplasiques centro-lobaires évoluent lentement et, quand on arrive au diagnostic, elles s'accompagnaient déjà de métastases. Les cancers bronchiques sténosants sont parfois suivis d'une survie prolongée.

MM. Maurer, Rolland et Dreyfus-Le Foyer (de Paris) étudient quelques points importants :

1° L'anesthésie. Il ne faut pas rejeter systématiquement l'anesthésie locale. Elle a permis aux auteurs de mener à bien 2 lobectomies pour abcès et cancer du poumon. Pourtant, ce procédé d'anesthésie n'est pas toujours possible.

2° Le drainage. Il est absolument nécessaire dans toutes lobectomies pour lésions infectées.

3° Autres méthodes chirurgicales. Les lobectomie constituent des interventions dangereuses auxquelles on ne doit avoir recours qu'après échec des autres traitements. Les pneumotomies, les phrénicectomies, la thoracoplastie et même le simple tamponnement extra-pleural ont, en effet, donné à moins de frais d'excellents résultats.

Dans la tuberculose pulmonaire, la lobectomie ne peut être envisagée qu'à titre tout à fait exceptionnel. Enfin, les auteurs insistent sur la difficulté, dans les cas de cancer, de juger par la radiologie si les ganglions médiastinaux sont lésés et confirment ce qu'a dit Ameuille à ce sujet.

E.-A. Dariau.

IXe CONGRÈS FRANÇAIS DE STOMATOLOGIE

5-10 octobre 1936.

Président : Dr PONT.

Premier rapport.

Étude comparative du traitement des affections péri-apicales chroniques. État actuel de la question. Traitement médical et par les agents physiques.

Dr Soleil. — **Traitement médical et par les agents physiques.**

Le Dr Soleil rejette le principe de l'extraction systématique des dents infectées ou dont les pulpes sont atteintes dans un but prophylactique.

Il passe en revue toutes les méthodes connues pour le traitement des canaux : formol associé, ionophorèse, haute fréquence, les méthodes chimiques, les méthodes, sphysiques.

Dr Duclos. — **Traitement chirurgical.**

Lorsque le traitement médical ou électrique n'a pas obtenu ou ne semble pas devoir obtenir la guérison des lésion périapicales, on doit, sans perdre de temps, supprimer chirurgicalement les foyers infectieux.

Le foyer périapical doit être curetté soigneusement, mais la défense organique tend à améliorer ensuite spontanément les lésions ; par contre, le foyer dentaire, hors d'atteinte de la défense organique, entraînera d'inévitables récidives s'il n'est pas parfaitement stérilisé, ou supprimé.

Le traitement chirurgical doit se proposer deux buts : le premier de supprimer totalement les foyers infectieux dentaire et périapical, le deuxième de conserver la dent si possible.

Deuxième rapport.

Contre-indications absolues et relatives des traitements d'orthopédie dento-faciale.

Par le Dr James T. Quintéro, de Lyon.

Parmi les contre-indications médicales, les unes sont des raisons de pathologie générale (tuberculose, par exemple) d'autres sont simplement locales, comme les ostéites, les ankyloses, hypertrophies d'une des branches du maxillaire inférieur, infections, kystes, dents incluses. D'autres contre-indications sont d'ordre physiologique, comme l'âge, le degré d'évolution des dentitions.

Du point de vue psychologique, il faut savoir refuser le traitement à certains enfants indociles ou nettement arriérés.

Question mise en discussion

Complications médiates et immédiates des extractions dentaires. Leur traitement.

Dr Landais.

L'auteur passe en revue les très nombreux incidents ou accidents qui peuvent survenir à l'occasion des extractions dentaires. Il étudie les complications immédiates et médiates en allant des lésions proximales aux répercussions éloignées.

Il insiste surtout sur les accidents hémorragiques et infectieux, les plus fréquents. Pour terminer, il consacre un chapitre à l'extraction dentaire avec les états pathologiques et les fonctions physiologiques de la femme.

Il conclut que l'extraction dentaire, loin d'être un acte anodin, est un acte chirurgical qui exige, outre une technique éprouvée, des connaissances médicales solides.

Conférences

M. le professeur Debré. — A propos des avitaminoses.

M. le professeur Gougerot. — Notions nouvelles sur le lichen plan buccal.

M. le professeur Lemaitre. — Considérations sur l'évolution clinique et le traitement des épithéliomas du maxillaire inférieur.

M. le professeur Leriche. — Quelques aspects des névralgies de la face.

M. le Dr P.-E. Weill. — Prévision et prévention des hémorragies en stomatologie.

Communications.

Ch. Ruppe et M. Hénault : **Quelques faits cliniques concernant les dysplasies dentaires.** — Les dysplasies

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

dentaires sont très fréquentes. Elles s'observent sur la denture permanente, mais existent également, bien que moins fréquemment, sur la denture temporaire.

Le groupement de ces érosions, leur topographie sur la couronne dentaire, permettent de situer dans le temps l'affection causale.

G. IZARD : **Incidents, accidents et complications en thérapeutique orthodontique.** — L'auteur décrit d'abord les incidents et accidents de la pratique courante. Il insiste ensuite sur les lésions des divers tissus qu'on a attribuées au redressement lui-même. Il montre enfin comment le succès du traitement peut être compromis, soit que les résultats escomptés ne soient pas obtenus, soit que les déformations récidivent après réduction, soit que de nouvelles déformations se produisent. Il en étudie les principales manifestations et recherche les causes de leur production.

L. DE COSTER (de Bruxelles) : **La radiographie du poignet dans le diagnostic des malformations dento-faciales.** — La radiographie du poignet a été étudiée et mise au point par les endocrinologistes comme une méthode capable de déceler le mode spécial, le rythme de la croissance du squelette. L'apparition des centres d'ossification des os du carpe et du métacarpe, la soudure des épiphyses des os longs, le degré de progression de la calcification ont permis d'établir une véritable chronologie du développement des os. D'un autre côté, l'apparition et l'éruption des dents forme une autre chronologie. De la comparaison de ces deux chronologies nous pouvons conclure à des modes anormaux de développement, à des anomalies dans le temps comme dans l'espace ; ces anomalies étant provoquées soit par cause pathologique, soit autrement.

De l'examen de cinquante cas de malformations dento-faciales par la radiographie du poignet on peut conclure que, dans plus de la moitié des cas, il existe une dysharmonie entre le développement des dents et celui des os. Elle nous permet aussi d'avoir une idée de certaines situations endocriniennes.

Quoique insuffisamment étudiée jusqu'ici, la radiographie du poignet peut devenir une aide précieuse dans le diagnostic des malformations dento-faciales.

CH. BENNEJEANT : **Les origines des gabarits dentaires humains.** — La théorie tritubereulaire des paléontologistes nord-américains sur la différenciation des dents post-canines explique seule les gabarits des séries molaires et prémolaires qui tendent vers un type unique (polyisomérisme). La preuve anatomique de son exactitude est donnée par les gabarits des molaires temporaires mésiales.

CH. BENNEJEANT : **La phylogenèse de la chronologie éruptive de la denture persistante humaine.** — Les vraies molaires et les molaires temporaires ont une origine lactéale, elles ne diffèrent que dans leur chronologie de formation et d'éruption. Le décalage éruptif des vraies molaires (six ans, douze ans, dix-huit ans) est au maximum chez l'homme civilisé actuel. Chez les insectivores paléocènes, autécesseurs des primates, les vraies molaires sont contemporaines des molaires temporaires.

CH. BENNEJEANT : **Les variations morphologiques dentaires humaines.** — Chez l'homme, le gabarit de la dentition lactéale (molaires temporaires et vraies) s'est mieux conservé que celui de la seconde dentition (prémolaires, en réalité postmolaires). La réduction morphologique des prémolaires est une tendance hominienne, inverse de la différenciation si accusée des anthropoïdes (triradiculaire en haut, biradiculaire en bas, avec deux canaux par racine). Les diverses variations morphologiques dentaires sont relativement peu nombreuses et soigneusement homologuées par l'auteur.

E. VLEMINCQ, Mons (Belgique), fait l'exposé de ses observations sur 3 600 extractions.

KORESSIOS : **Sur les propriétés hémostatiques du venin de vipère Dolsia.**

RENÉ BOISSON : **Etude de 50 cas de kystes des maxillaires.**

DUBECQ (Bordeaux) : **Contention des fractures avec déplacement du massif facial supérieur. Dispositif de l'auteur.**

ROMEY (Strasbourg) : **Quelques considérations à propos des gros traumatismes maxillo-faciaux.** — Certains gros traumatismes maxillo-faciaux avec fractures multiples des maxillaires supérieures et du maxillaire inférieur s'accompagnent de phénomènes d'asphyxie particulièrement impressionnants pour lesquels on pourrait envisager une trachéotomie. Dans la plupart des cas la traction en avant des parties osseuses fracturées et leur fixation à une attelle provisoire tenue par le pansement cranien permet d'éviter la trachéotomie. Six à sept jours après, un casque plâtré permettra de maintenir en bonne position les parties fracturées jusqu'à leur complète consolidation.

GÉRARD MAUREL (avec la collaboration de M. NEUENSCHWANDER : **Correction chirurgico-orthopédique de deux cas de faux prognathisme traumatique.** — Les auteurs présentent deux cas traités et guéris de *faux prognathisme* inférieur en rapport avec un enfoncement relativement ancien de l'étage moyen de la face prothétiquement irréductible. La réduction du faux prognathisme a été obtenue dans un cas par la double résection condylienne accompagnée d'un traitement d'ordre prothétique approprié ; dans l'autre cas, par une double résection osseuse au niveau des branches horizontales du maxillaire inférieur où siégeait une double résection condylienne accompagnée d'un traitement d'ordre prothétique approprié, dans l'autre cas, par une double résection osseuse au niveau des branches hori- zontales du maxillaire inférieur où siégeait une double fracture; résection accompagnée d'ostéosynthèse et d'un dispositif d'immobilisation.

HENRI CHENET : **Les pertes de substance des maxillaires et la direction prothétique.** — Les pertes de substance des maxillaires, toujours très mutilantes, peuvent avoir leurs effets considérablement atténués par l'emploi immédiat de la prothèse de direction (pneumatique pour le maxillaire supérieur, à traction et à pression élastique pour le maxillaire inférieur), et la mécanothérapie longuement poursuivie, grâce à la prothèse, permet la fonction (mastication, phonation, déglutition), tout en restituant l'esthétique.

DUFOURMENTEL et MARCEL DARCISSAC : **Le traitement**

Chirurgical et orthopédique des ankyloses temporo-maxillaires. — L'expérience des auteurs basée sur plus de 100 cas opérés leur permet de fixer quelques points importants du triple point de vue étiologique, clinique et thérapeutique.

Après avoir noté l'intervention fréquente du *traumatisme obstétrical* à l'origine des ankyloses dites congénitales, ils rappellent l'importance du « signe du menton » dans le diagnostic du siège de l'ankylose dans les formes unilatérales — la déviation se faisant du côté ankylosé.

Le traitement, qui est à la fois chirurgical et prothétique, doit être envisagé suivant que l'ankylose est ou non accompagnée de rétrognathisme avec perte de l'articulé dentaire.

Marcel Darcissac : **Traitement orthopédique des fractures sous-condyliennes bi-latérales.**

Charles Freidel (de Lyon) : **Considérations actuelles sur les disjonctions cranio-faciales traumatiques.**

Armand Rosenthal et Pierron. — Les injections intraveineuses de sels de fluor dans les ostéites aiguës, dans les ostéites tuberculeuses, dans les fractures et dans la pyorrhée alvéolo-dentaire.

Raymond Boissier. — Pyorrhée et cancer, étiologie unique.

Dechaume et Davi. — Thérapeutique par l'ozone en stomatologie. Quelques résultats.

Dechaume, Thévenard et Delibéros. — Chirurgie stomatologique. Présentation de films d'enseignement.

Béliard et Bornet. — A propos des sinusites maxillaires.

Béliard, Lebourg et M[lle] Sérot. — Nécrose tabétique du maxillaire inférieur.

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES *(Suite)*

goût très agréable, d'emploi très commode, parfaitement toléré.

INDICATIONS. — Toutes manifestations de l'hérédo-syphilis à tous les âges. Prophylaxie pendant la grossesse. Se recommande en pédiatrie. Souvent prescrit, avec profit, en dehors de toute manifestation spécifique.

Laboratoires G. Lambert, 6, rue de Longchamp, Vichy (Allier).

FOSFOXYL CARRON. — Phosphore colloïdal (à l'état de terpénolhypophosphite de sodium). Trois formes : Sirop, pilules, liqueur (spéciale pour diabétiques). Spécifique de la dépression nerveuse, stimulant des glandes endocrines, modificateur de la nutrition.

INDICATIONS. — Maladies du système nerveux, maladies de la nutrition, dépressions nerveuses, surmenage, neurasthénie, diabète, rachitisme, etc

Laboratoire B. Carron, 69, rue de Saint-Cloud, Clamart (Seine).

HÉMOSTRA ROCHE. — (Tryptophane et Histidine : trav. Prof. Fontès.) Traitement biochimique des anémies et déficiences organiques. Ampoules de 5 centimètres cubes, 2cc,5 et 1 centimètre cube : indolores et atoxiques.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris (IVe).

HOLOVARINE. — Poudre d'ovaire intégral.

Laboratoires Deslandre, 48, rue de la Procession, Paris.

INSULINE. — **Insuline française injectable « Endopancrine ». Poudre d'insuline « Phylose »** (usage externe).

Laboratoires Deslandre, 48, rue de la Procession, Paris.

IODALOSE GALBRUN. — Iode physiologique assimilable. Artériosclérose, maladies du cœur et des vaisseaux.

DOSES MOYENNES. — XX à LX gouttes par jour pour les adultes.

Laboratoires Galbrun, 10 et 12, rue de la Fraternité, Saint-Mandé (Seine).

IODHEMA. — Iodo-alcoylate méthyle benzyle d'hexaméthylène tétramine, en solution aqueuse (43 p. 100 d'iode assimilable). Deux formes : ampoules, flacons (deux cuillers à café par jour).

INDICATIONS. — Toutes les formes de rhumatismes chroniques.

Etablissements Gallina, 4, rue Candolle, Paris.

IODO-THYROIDINE CATILLON. — Tablettes à 0gr,25. Obésité, goitre, myxœdème.

DOSE. — 2 à 8 tablettes par jour.

3, boulevard Saint-Martin, Paris.

ISOTONYL BOURET (Poudre de Lausanne). — Paquets ou Discoïdes. Spécifique des digestions lentes, entérites muco-membraneuses, affections du foie et des voies biliaires.

Pharmacie Chaumel, 87, rue Lafayette, Paris.

LARISTINE « ROCHE ». — Traitement de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale par l'histidine. Ampoules de 5 centimètres cubes et 1 centimètre cube.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris (IVe).

LAROSCORBINE « ROCHE ». — Vitamine C synthétique cristallisée. Comprimés, ampoules 1 à 3 par jour et plus.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris (IVe).

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE. — A base de glycéro-phosphates alcalins. Reconstituant rationnel par suite de sa composition qui est celle même des tissus nerveux.

INDICATIONS. — Neurasthénie, dépression et fatigue nerveuse, surmenage, anémie cérébrale, vertiges, convalescence. Aucune contre-indication.

Laboratoire Freyssinge, 6, rue Abel, Paris.

ŒSTROBROL « ROCHE ». — Sédobrol folliculiné. Le calmant régulateur des dysovaries. Chaque tablette contient 1 gramme de NaBr et 100 unités internationales de folliculine.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris (IVe).

ŒSTROGLANDOL « ROCHE ». — Folliculine cristallisée. Trois formes permettant toutes les modalités du traitement folliculinique : 1 ampoule, 1 comprimé, 1 gramme d'onguent = 1 000 unités internationales. (Prurit vulvaire.)

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris (IVe).

OLÉOCHRYSOS LUMIÈRE. — Suspension dans l'huile d'amothiopropanol sulfonate de strontium.

Tuberculoses, rhumatismes, lèpre, syphilis, dermatoses, lupus érythémateux, tuberculides, psoriasis. — *Ampoules* de 25, 50, 100 milligrammes **or métal**. Absorption totale entre 120 et 200 heures.

S. A. Brevets Lumière, 45, rue Villon, Lyon.

PANCRÉBILE. — Pancréas, bile décholestérinée dépigmentée, oléate de sodium, en milieu alcalin.

Cholagogue anti-infectieuse, laxatif doux. Deux dragées avant ou après les repas.

Laboratoires Dr Aubert, 3, place Jussieu, Paris (Ve).

PANTOPON ROCHE. — *Opium total injectable* utilisé avec succès à la place de l'opium et de toutes les préparations opiacées, de la morphine et de ses dérivés. — *Ampoules, Sirop, Comprimés.*

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris (IVe).

PAROXYL. — Gouttes spécifiques contre la *coqueluche.*

POSOLOGIE. — Enfants au-dessous d'un an : X à XX gouttes, trois fois par jour.

Enfants de un à cinq ans : XX à LX gouttes, trois fois par jour.

Enfants au-dessus de cinq ans : XX à C gouttes, trois fois par jour.

Dépôt général : Thiriet et Cie, 26, rue des Ponts, Nancy.

PASSIFLORINE. — Une cuillère à café contient 0gr,50 ext. fluide de Passiflora ; 0gr,25 ext. mou de

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES *(Suite)*

Salix alba ; XX gouttes alcoolé de Cratœgus oxyacantha.

ACTION. — Régularise l'influx nerveux dans le domaine du grand sympathique.

INDICATIONS. — Tous états névropathiques.

Laboratoires Réaubourg, 2, rue Boucicaut, Paris (XVe).

POLYVALINE DU Dr BAYLE. — Extrait spléno-surrénal. En injections : intramusculaires ou sous-cutanées abdominales. Action très active.

INDICATIONS. — Grippe, typhoïde, pneumonie, érysipèle, fièvres éruptives, etc.

Chaix, 8-10, rue Alphonse-Bertillon, Paris (XVe).

PROGASTER. — Peroxyde de magnésium pur préparé par une méthode spéciale (procédé Hély). Désinfectant remarquable du tube digestif, détermine une sécrétion hépatique. Amélioration surprenante de l'état général de tous les chroniques.

INDICATIONS. — Etats hépatiques, troubles digestifs, arthritisme, artériosclérose, etc.

Laboratoires du Progaster, 9, rue de la Platière, Lyon.

PROSTHÉNASE GALBRUN. — Fer et manganèse associés en combinaison organique assimilable : ne donne pas de constipation. Anémies diverses.

DOSES MOYENNES. — XX à L gouttes pour les adultes.

Laboratoires Galbrun, 10 et 12, rue de la Fraternité, SaintMandé (Seine).

SÉDOBROL ROCHE. — *Extrait de bouillon végétal concentré achloruré et bromuré*, permettant un traitement bromuré intensif et dissimulé. — *Tablettes, liquide*. Chaque tablette ou mesure = 1 gr. NaBr.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris (IVe).

SÉDORMID ROCHE. — Le grand médicament des petits insomniaques et des petits anxieux. — Comprimés.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris (IVe).

SOLUCAMPHRE DELALANDE. — Dérivé du camphre naturel ; spartéiné ou en associations diverses (adrénaliné, caféiné, éphédriné, strychniné, etc.).

INDICATIONS. — Action sur le myocarde : en renforce les contractions et régularise le pneumogastrique.

M. Delalande, 16, rue Henri-Regnault, Courbevoie (Seine).

SOMNIFÈNE ROCHE. — Le plus maniable des hypnotiques sous forme de *gouttes* (de XX à XL gouttes, permettant de donner à chacun sa dose), et sous forme d'*ampoules* (injections intramusculaires et endoveineuses).

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris (IVe).

SPASMALGINE ROCHE. — *Antispasmodique vrai* (pantopon, papavérine, ester sulfurique d'atropine). Indiqué dans les spasmes de toute origine. — *Ampoules, Comprimés, Suppositoires.*

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris (IVe).

STROPHANTINE CRSITALLISÉE CATILLON (Granules à 0,0001 de). — Tonique du cœur par excellence.

STROPHANTUS CATILLON (Granules de 0,001 extrait titré de). — Tonicardiaque *diurétique*. Asystolie, dyspnée, oppression, œdèmes.

DOSE. — 2 à 4 granules par jour.

3, boulevard Saint-Martin, Paris.

SULFOSINE LÉO. — Traitement de la paralysie générale, syphilis nerveuse, affections du système nerveux central.

FORMES. — *a*. Dosage faible : ampoules à 1 p. 100 de soufre ; *b*. Dosage fort : à 2 p. 100.

MODE D'EMPLOI. — Injections intramusculaires.

Valentin Aage Moller, 149, rue du Palais-Gallien, Bordeaux.

SUPPOSITOIRES PYRAX. — Médication sédative et antithermique de choix dans toutes les maladies de l'enfance et de l'adulte (action diurétique tonique, désinfectante).

Trois dosages : bébés jusqu'à trois ans, enfants de plus de trois ans et adultes.

Chavialle, 70, Grande-Rue, Sèvres (Seine-et-Oise)

SYNTROPAN « ROCHE ». — Spasmolytique synthétique. Toutes les indications de l'atropine sans ses inconvénients. Comprimés. Ampoules. Suppositoires.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris (IVe).

TABLETTE DE MANGAINE, à base de peroxyde de manganèse chimiquement pur.

INDICATIONS. — Etat saburral, hyperchlorhydrie, anémies par intoxication.

DOSES. — De 4 à 6 par jour.

Echantillons et littérature : Laboratoire Schmit, 71, rue Sainte-Anne, Paris.

TAMPOL ROCHE AU THIGÉNOL. — *Pansement gynécologique idéal*, d'application facile, sans spéculum, et d'efficacité certaine, sous le contrôle du médecin traitant.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris (IVe).

THIGÉNOL ROCHE. — Topique soufré, inodore, ni caustique, ni toxique, kératoplastique, décongestionnant et résolutif. Dermatologie et gynécologie. — *Thigénol Roche* liquide et *Ovules Roche.*

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris (IVe).

THIOCOL ROCHE. — Seul médicament permettant la médication gaïacolée ou créosotée à hautes doses et sans aucun inconvénient. — *Sirop Roche, Comprimés Roche, Cachets Roche.*

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris (IVe).

THYROXINE « ROCHE ». — Thyroxine synthétique d'après Harington et Barger. — Ampoules de 1 centimètre cube à 1 milligramme. Comprimés à 1 demi-milligramme. Solution dosée à 2 milligrammes par centimètre cube.

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES (*Suite*)

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris (IVe).

TRISEPTINE LAMBERT. — Granulé de charbon animal uroforminé, citraté, pepto-magnésié, de goût très agréable.

INDICATIONS. — Traitement efficace de l'auto-infection intestinale avec ses conséquences. Lithiase biliaire. Toutes les infections des voies digestives, biliaires et urinaires.

Laboratoires G. Lambert, 6, rue de Longchamp, Vichy (Allier).

TUBES DULCIS. — Pommades aseptiques destinées à l'ophtalmologie, en tubes stériles.

Argolène (sel d'Ag.). — Conjonctivites aiguës.

Cadmiol (sel de Zn). — Conjonctivites chroniques.

Oxyde orangé de mercure. — Blépharites et conjonctivites phlycténulaires.

Ophtalmoforme et asepto-bismuth. — Antiseptiques anti-purulents.

Dr Ferry, place Clichy, à Monte-Carlo.

VANADARSINE. — Solution d'arséniate de vanadium. Gouttes. Ampoules.

INDICATIONS. — Anorexie, anémie, chlorose, surmenage, neurasthénie, paludisme, prétuberculose, tuberculose.

POSOLOGIE. — Gouttes : X à XV gouttes avant chaque repas. Ampoules : 1 à 3 par jour.

A. Guillaumin, Laboratoire pharmaceutique, 13, rue du Cherche-Midi, Paris.

VIN DE CHASSAING. — Bi-digestif à la pepsine et à la diastase.

Contre les digestions difficiles, l'atonie stomacale, les vomissements de la grossesse.

Un ou deux verres à liqueur après les repas.

Chassaing, Le Coq et Cie, 1, quai Aulagnier, à Asnières (Seine).

VIOPHAN. — Acide phénylcinchoninique de synthèse française. Non toxique. Mobilisateur et éliminateur spécifique de l'acide urique. Antithermique, antiphlogistique, antinévralgique.

INDICATIONS. — Rhumatisme articulaire aigu, goutte, névralgies, sciatiques.

FORMES. — Comprimés, cachets, ampoules associées à l'iodure de Na et à la néocaïne.

Laboratoires du Viophan, 81 et 83, rue de Lille, Roubaix.

VITAMYL IRRADIÉ et VITAMYL IRRADIÉ CHLOROPHYLLÉ. — Contient les quatre vitamines A, B, C et D conservées actives. Elles sont toutes indispensables. — Solution, dragées ou ampoules buvables.

INDICATIONS. — Rachitisme, carence, pré-carence, déminéralisation, troubles de la croissance.

Amido, 4, place des Vosges, Paris (IVe).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 novembre 1936.

M. le PRÉSIDENT annonce la vacance d'une place dans la section des membres libres, en remplacement de M. Jean CHARCOT, décédé.

Considérations sur l'efficacité et la durée de l'immunité dans la vaccination antityphoïdique. — MM. TANON, ROCHAIX et CAMBESSÉDÈS, en se plaçant au point de vue épidémiologique, et en comparant les statistiques des cas de fièvre typhoïde lors des épidémies de Lyon 1926 et Paris 1933, pensent y trouver un argument en faveur de la longue durée de l'immunisation par la vaccination. En effet :

1° Lors des épidémies du genre de celles citées, la morbidité est grande chez l'enfant (à Lyon, par exemple, 889 cas de zéro à quinze ans contre 657 de seize à trente ans) ;

2° La comparaison des courbes de l'élément féminin par rapport à l'élément masculin met en évidence une différence très manifeste de celles-ci à partir de vingt ans, qui ne peut être en relation qu'avec la vaccination effectuée chez l'homme au service militaire (à Paris, de onze à quinze ans, 20 filles, 19 garçons ; de seize à vingt, 20 filles, 21 garçons ; de vingt-et-un à 25, 30 filles, 9 hommes) ; — (à Lyon, de six à quinze ans, 367 filles, 385 garçons ; de seize à trente ans, 447 femmes contre 210 hommes) ;

3° Le nombre plus grand des cas féminins se poursuit (à Lyon, de trente-et-un à quarante ans, 153 femmes, 20 hommes ; de quarante-et-un à cinquante ans, 113 femmes, 44 hommes).

Ces faits semblent confirmer les observations des professeurs Vincent, Achard, Lemierre, concernant la longue durée de l'immunisation par les vaccins antityphoïdiques

Sur la vaccination antityphoïdique. — M. H. VINCENT. — « Mes premières vaccinations, faites en 1910-1911-1912, l'ont été avec un vaccin mixte, c'est-à-dire antitypho-paratyphique, non seulement en France, mais encore au Maroc et en divers pays étrangers.

L'expérience a définitivement montré que la vaccination peut être appliquée en pleine épidémie, et être faite sans aucun inconvénient sur un certain nombre de sujets en état d'infection latente ; ils peuvent même être préservés contre l'infection. Ce fait a été souvent observé, notamment lors de la grande épidémie d'Avignon, dans laquelle les militaires non vaccinés eurent près d'un cas de fièvre typhoïde sur cinq, alors que tous les vaccinés furent indemnes. Dans la population civile de cette ville, 644 déclarations furent faites, mais le nombre total fut beaucoup plus élevé ; il y eut 64 décès, ce qui équivaudrait pour Paris à plus de 3 600 morts par fièvre typhoïde.

La possibilité pratique de vacciner à toutes les phases d'une épidémie a été vérifiée dans un grand nombre de circonstances semblables, et aussi pendant la dernière guerre. La protection ainsi assurée a été remarquable.

Comme je l'ai montré, ce pouvoir protecteur du vaccin a d'ailleurs été vérifié en quelque sorte expérimentalement par l'immunité dont ont bénéficié des étudiants ou des médecins ayant avalé involontairement du bacille typhique (dans un cas, 10 centimètres cubes de culture en bouillon) ou du bacille paratyphique B, et vaccinés un à quatre jours après. D'autre part, Thiroloix a signalé que des sujets vaccinés ont pu boire le contenu de tasses entières

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

remplies de culture vivante en bouillon, de bacille typhique, soit 200 milliards de bacilles, sans avoir présenté le moindre symptôme morbide, tant était solide leur immunité vaccinale.

Les vaccinations pratiquées avant la guerre et pendant celle-ci ont également donné lieu à une immunité prolongée, ainsi que l'ont montré A. Chauffard, Ch. Achard, E. Sergent, J. Renault, moi-même, chez d'anciens soldats qui ont, plusieurs années plus tard, impunément traversé des épidémies massives en n'offrant qu'un faible nombre d'atteintes. Je signalerai le même effet protecteur complet, se manifestant après dix et quinze années, chez des vaccinés appartenant à la population civile (Avignon, Jargeau, Pleine-Fougères, Puy-l'Évêque, etc.).

On a constaté d'ailleurs que très souvent, pendant les épidémies, les deux premières injections de vaccin avaient suffi à mettre les vaccinés à l'abri de la fièvre typhoïde.

Une dernière observation fréquemment relevée est que si, dans une famille ou un village gravement infecté, la vaccination n'est pas généralisée, les non-vaccinés servant, en quelque sorte, de témoins, ne tardent pas à payer tribut à la maladie infectieuse.

D'autre part, la vaccination faite aussitôt à des sujets en incubation de la maladie, peut leur épargner la fièvre typhoïde, comme le fait la vaccination antivarioleuse pour la variole.

Enfin, certains malades, vaccinés au début même de leur fièvre typhoïde, ont fait des formes courtes et presque abortives de la maladie.

Ces considérations et ces faits m'ont conduit depuis longtemps à me demander s'il ne serait pas nécessaire d'étendre davantage les applications de la vaccination antityphoïdique. Il ne saurait, à mon avis, être question de la rendre partout obligatoire, comme elle l'est déjà dans l'armée, la marine, chez les étudiants, les infirmiers, ou infirmières, etc. Mais, après avoir étudié ce problème, je considère que nous devons faire un pas de plus dans la prophylaxie des maladies typhoïdes, en demandant que *la vaccination soit rendue obligatoire et aussi précoce que possible à tous les membres de la famille, et à toutes les personnes vivant en contact avec un malade atteint de fièvre typhoïde ou paratyphoïde*. Il va sans dire qu'on tiendra compte des contre-indications d'usage.

La vaccination sera conseillée par voie d'affiches aux autres habitants de la localité atteinte par l'épidémie.

Tel est le vœu que j'ai l'honneur d'adresser à l'Académie.

Le vœu, mis aux voix, est adopté à l'unanimité.

Recherches sur les échanges respiratoires et le débit cardiaque. — MM. Cordier, Enselme et Mlle Nury (note présentée par M. Hugounenq). — Les auteurs ont étudié le rapport $\frac{\text{débit cardiaque}}{\text{surface}}$ de 25 sujets normaux ou pathologiques par la méthode du CO^2, en établissant pour chaque sujet une courbe de dissociation du CO^2 dans le sang artériel.

Ils montrent que le rapport $\frac{\text{débit cardiaque}}{\text{surface}}$ rend seul compte d'une façon exacte de la valeur fonctionnelle du cœur.

Transmission au furet du virus de la grippe humaine. — MM. R. Dujarric de la Rivière et J. Chevé ont pu infecter des furets avec du virus de la grippe humaine.

La maladie du furet est contagieuse pour l'homme, comme le prouvent les inoculations faites en Amérique et en Angleterre à des volontaires, et les contaminations de laboratoire.

Le virus est un virus filtrant qui traverse les bougies Chamberland L_2 et même les filtres à membrane de collodion. L'homme et les animaux qui ont été infectés par le virus du furet possèdent, pendant un certain temps, une immunité solide.

Séance annuelle. — La séance annuelle est fixée au mardi 8 décembre 1936.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 27 novembre 1936.

Aspects cliniques et modes évolutifs des tuberculoses mixtes (pulmonaires et ostéoarticulaires associées). — MM. P. Bourgeois et M. Lebel montrent que la tuberculose osseuse associée à une lésion pulmonaire tuberculeuse n'est pas un élément de pronostic favorable ; il est important en pareil cas de ne pas intervenir chirurgicalement.

M. Paraf souligne l'importance de la localisation pulmonaire dans le pronostic des autres localisations tuberculeuses.

M. Comby montre que les lésions ostéoarticulaires, loin de donner une espèce d'immunité, constituent un foyer qui peut se généraliser.

M. Jacob a observé après une typhobacillose une otite tuberculeuse suivie de lésions osseuses multiples. Il a l'impression que la tuberculose pulmonaire est relativement bénigne chez les sujets atteints d'une affection osseuse.

M. Etienne Bernard montre que le pronostic est en pareil cas des plus variables.

M. Rist est plus entreprenant que M. Bourgeois au point de vue thérapeutique ; il pense qu'il faut immobiliser les articulations, ponctionner les abcès ossifluents, et que le traitement est grandement facilité par la collapsothérapie. L'immobilisation que le traitement apporte à ces malades agit heureusement. Mais il est indispensable d'éliminer l'anesthésie générale et même l'anesthésie rachidienne qui peut provoquer des méningites.

M. F. Flandin souligne l'innocuité du protoxyde d'azote et du cyclopropane. Il montre l'intérêt du bistouri électrique qui permet d'éviter la mise en circulation de bacilles.

M. Bourgeois ne considère comme contre-indiquées que les interventions sanglantes.

Évolution d'une néphrose lipoïdique postérieure à une néphrite aiguë. Influence favorable d'une rougeole intercurrente. — M. B. Weill-Hallé, Mlle A. Papaioannou et M. Lévi soulignent l'action favorable de la rougeole sur le syndrome œdémateux des néphroses lipoïdiques. Ils en apportent un nouveau cas personnel, intéressant à un double point de vue :

1° La succession de deux poussées néphropathiques ayant évolué successivement comme une néphrite banale pure (cylindres, pas d'hyperlipiémie, évolution rapide)

et comme néphrose pure isolée (pas de cylindres, syndrome humoral typique, évolution prolongée).

2° L'amélioration très rapide, presque immédiate, coïncidant avec l'éruption d'une rougeole.

M. APERT rappelle les observations très semblables qu'il a déjà publiées.

M. CLÉMENT a obtenu des améliorations temporaires avec l'hyperthermie provoquée.

M. MARGRÉZY a observé un cas de néphrose pure déjà amélioré par le traitement classique et dont la rougeole a consolidé l'amélioration.

JEAN LEREBOULLET.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 novembre 1936.

Étude des réactions vaso-motrices des vaisseaux cutanés chez l'homme au cours de l'hyperthermie provoquée. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC et JACQUES LEMANT, au cours de leurs recherches sur les modifications apportées à l'organisme humain par l'hyperthermie provoquée, ont étudié les réactions vaso-motrices des petits vaisseaux cutanés. Ils ont employé la technique des injections intradermiques de substances provoquant des réactions vasculaires locales : histamine, acétylcholine, adrénaline. Ils concluent que le tonus vasculaire cutané ne paraît pas modifié chez l'homme au cours de l'hyperthermie provoquée.

Étude des réactions vaso-motrices des gros vaisseaux chez l'homme au cours de l'hyperthermie provoquée. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC et JACQUES LEMANT ont étudié les réactions vaso-motrices des gros vaisseaux des membres chez l'homme avant, pendant et après l'hyperthermie provoquée, en se servant des épreuves du bain chaud et du bain froid. Des oscillogrammes ont permis de mesurer les variations de l'indice oscillométrique. Au cours de l'hyperthermie provoquée, les réactions de vaso-constriction sont aussi nettes qu'en dehors de l'hyperthermie, alors que les réactions de vasodilatation, dans la majorité des cas, sont absentes. Parfois même, les réactions vaso-motrices constrictives sont si vives qu'elles se produisent dans les conditions qui, normalement, devraient produire une vaso-dilatation. Il semble donc que, au cours de l'hyperthermie provoquée chez l'homme, il existe d'ordinaire un état de sympathicotonie mis en évidence par la prédominance nette de l'action des nerfs vaso-constricteurs.

Purification et isolement de la vagotonine comme substance à caractères définis et constants. — D. SANTENOISE, TH. BRIEU et E. STANKOFF ont pu obtenir la vagotonine à l'état de pureté. La constance de composition et de propriétés chimiques et physiques, la constance du seuil d'efficacité physiologique (1/200 de milligramme) constituent un ensemble convergent de critères de pureté. L'obtention de la vagotonine comme substance à caractères chimiques définis et constants permet d'affirmer son individualité, de déterminer avec précision ses propriétés pharmacodynamiques et physiologiques spécifiques, et d'entreprendre l'étude systématique de ses propriétés chimiques et physiques et de sa constitution.

Technique d'étude des migrations de l'eau par les variations de l'hydrémie. — MM. DECOURT et CH.-O. GUILLAUMIN étudient l'hydrémie en déterminant l'extrait séparément sur le sérum et sur les globules obtenus par centrifugation du sang sans addition d'aucun anticoagulant.

L'ion ammonium, facteur d'acidose vraie et d'hyperglycémie. — MM. RENÉ BAZARD et CHARLES VAILLE ont constaté que l'ion ammonium, sous forme de sels même alcalins, comme le carbonate, injectés par la voie intraveineuse au lapin, provoque un abaissement de la réserve alcaline avec augmentation du chlore globulaire, en accord avec une acidose vraie ; il élève la glycémie par action sans doute hépatique.

Les anticorps tuberculeux et la vitesse de sédimentation globulaire chez les lapins prémunis par injection intraveineuse de bacilles tuberculeux à colonies lisses, puis éprouvés avec un bacille tuberculeux virulent. — M. F. DWELSHAUVERS a constaté que la résistance à une infection tuberculeuse virulente des lapins prémunis par des injections intraveineuses de bacilles tuberculeux à colonies lisses n'est pas en rapport avec la teneur de leur sang en anticorps tuberculeux : ces derniers, d'abord très abondants après l'injection prépararnate, diminuent rapidement et évoluent sensiblement de la même façon chez les lapins prémunis et les lapins témoins infectés en même temps. Par contre, la vitesse de sédimentation globulaire reste normale chez les premiers, alors qu'elle est très accélérée chez les derniers.

Anévrysmes artério-veineux et adrénalino-sécrétion. — MM. FOURNADE et CURTILLET signalent que les perturbations tensionnelles qui tendent à résulter de l'ouverture ou de la fermeture de la communication artério-veineuse sont très rapidement corrigées, souvent avant même que l'adrénalino-sécrétion, qui nécessite un temps perdu de vingt à trente secondes, ait eu le temps d'intervenir : l'adrénalino-sécrétion paraît donc être en somme une défense de deuxième ligne, qui intervient lorsque la mise en jeu des autres mécanismes régulateurs de la tension artérielle a été insuffisante.

Présentation d'ouvrage. — M. LAPICQUE présente en termes des plus élogieux le récent ouvrage de MM. E. GELLHORN et J. RÉGNIER, sur *la Perméabilité en physiologie et en pathologie générale.*

F.-P. MERKLEN.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 20 octobre 1936.

IVe Congrès international de pédiatrie (Rome, 1937). — Le professeur NOBÉCOURT, président du Comité français d'organisation, fait connaître à la Société que le professeur Spolverini, président du IVe Congrès international de pédiatrie, vient d'annoncer que ce Congrès se tiendrait à Rome du 27 au 30 septembre 1937. Un Congrès international de *Protection de l'enfance* et une Conférence Internationale de *Pédiatrie préventive* se tiendront également en Italie vers les mêmes dates.

Eloge funèbre du professeur Navarro. — M. COMBY.

A propos du procès-verbal. — M. PAISSEAU. Discussion : M. Max LÉVY.

A propos d'une observation de granulie froide rapportée

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

par M. Armand-Delille. — M. Ferru (de Poitiers) rappelle qu'il a publié en 1934 avec M. Pérochon à la Société médicale des hôpitaux de Paris l'observation d'une enfant ayant présenté à l'âge de sept ans une granulie froide dont il ne restait sept ans plus tard aucune trace la guérison se maintient encore maintenant, neuf ans après l'épisode initial.

Un enfant à grand cou. — M. Lance présente un enfant dont le cou a des dimensions inusitées ; la radiographie montre que le nombre des vertèbres cervicales est normal, mais ces vertèbres sont très hautes et très larges. La malformation paraît avoir un caractère familial.

Sur les mastoïdites du jeune enfant. — La communication de MM. Ribadeau-Dumas, Ramadier, Guillon et Le Melletier sur la mastoïdite du nourrisson, à la séance de janvier 1936 de la Société de pédiatrie, communication qui a déjà fait l'objet d'importantes discussions, est à nouveau évoquée devant la Société par M. Tixier, par M. Bize et par M. Cathala.

M. Tixier ne partage pas l'opinion de M. Ribadeau-Dumas et de ses collaborateurs sur la fréquence de la mastoïdite chez le nourrisson et sur les indications opératoires à cet âge ; il a rarement vu, pour sa part, des troubles digestifs être des symptômes de mastoïdite. Il signale chemin faisant l'intérêt qu'il y a à attendre la « maturation » de la mastoïdite pour intervenir, tout comme dans la pleurésie purulente : il admet qu'on ne doit pas, autant que possible, opérer une mastoïdite avant le vingtième jour ; dans la majorité des cas, il y a intérêt à être prudent et patient tout en instituant un traitement médical qui bien souvent est efficace et permet d'éviter le traitement chirurgical.

Le traitement médical consiste à injecter du propidon (1/2 centimètre cube à 1 centimètre cube 1/2) ; au service de la rougeole des Enfants-Malades, où on reçoit actuellement beaucoup de nourrissons et où les otites sont fréquentes, il n'y a eu dans ces conditions que trois mastoïdectomies dans les deux dernières années, alors qu'auparavant il y en aurait eu dix à quinze par an.

Il est à signaler que certains oto-rhino-laryngologistes ne sont pas partisans du propidon dans les otites et mastoïdites et qu'un certain nombre le considèrent même comme dangereux.

Dans de nombreux cas, les composés azoïques sont indiqués, car le streptocoque est très souvent en cause dans les oto-mastoïdites : la guérison est fréquente en pareil cas.

M. Bize, à propos de trois observations d'otite avec température oscillante prolongée ayant fait envisager une intervention sur la mastoïde, mais où finalement, grâce au propidon dans deux cas et aux composés azoïques dans le troisième cas, la guérison put être obtenue médicalement, insiste à son tour sur la nécessité de savoir attendre pour intervenir tout en surveillant de près l'état général. Il ne faut pas se hâter de décider l'opération parce qu'on a constaté des signes nets au niveau du tympan ; ces signes sont en effet très fréquents au cours des angines et des rhino-pharyngites, sans qu'il y ait de véritable otite et encore moins de mastoïdite : la collaboration du médecin et du spécialiste s'impose dans la circonstance.

M. Cathala, Mlle Lorain et Mlle Morel ont eu à traiter en août et septembre, aux Enfants-Malades, 15 cas de choléra infantile grave : 5 ont guéri par les traitements classiques, 2 ont quitté l'hôpital avant guérison, 5 autres n'ont pas été opérés et sont morts ; l'autopsie a montré qu'ils étaient tous les cinq porteurs de lésions anatomiques profondes des rochers. Enfin trois nourrissons ont été opérés d'antrotomie : deux d'entre eux avaient de la nécrose du rocher, l'un d'eux a guéri ; quant au troisième, il n'avait pas de lésion mastoïdienne, mais il existait une inflammation aiguë de l'antre pylorique et une hépatite graisseuse.

Ces constatations confirment pleinement la formule déjà ancienne de Barbillon : « Dans le milieu nosocomial, la suppuration de l'oreille moyenne et de ses dépendances est la règle chez les nourrissons qui succombent, son absence est l'exception », et viennent affirmer le bien-fondé des idées défendues par MM. Ribadeau-Dumas et Ramadier ; il convient en tout cas de les suivre si l'on veut tenter d'améliorer les statistiques hospitalières concernant les états cholériformes du nourrisson.

M. André Bloch affirme l'existence des oto-mastoïdites latentes, dans lesquelles les lésions, découvertes à l'autopsie, sont considérables, au point que certaines sont certainement inaccessibles au traitement médical ou chirurgical. Dans les autres cas, il est impossible de fixer une conduite à l'avance : il intervient des questions de germe, de maladie causale, de conformation anatomique congénitale, etc. Ce qu'il faut, c'est ne pas trop se hâter, mais cependant ne pas rester sans rien faire ; le propidon et les composés azoïques ont donné parfois de bons résultats, mais d'après les spécialistes ils ne paraissent pas vraiment sensationnels.

M. Apert critique le terme de « choléra infantile » provoqué par des otites »; en réalité, ce terme devrait être réservé aux diarrhées cholériformes d'été, à la *summer disease* des auteurs anglais, qui paraissent avoir presque complètement disparu actuellement.

En ce qui concerne le service des rougeoleux des Enfants-Malades, dont M. Tixier a parlé, M. Apert a le souvenir très net d'être resté plusieurs années sans y voir de mastoïdectomie, et cependant il n'employait alors ni propidon, ni composés azoïques.

M. Chabrun a fréquemment constaté aux autopsies de nourrissons hypotrophiques pratiquées dans le service du professeur Lereboullet la présence de pus dans les mastoïdes ; assez souvent, il existait en outre des localisations pulmonaires, mais quelquefois la seule localisation se trouvait au niveau du rocher.

M. Blechmann insiste sur les contradictions de la discussion en cours et la nécessité d'être prudent dans les conclusions pratiques à en tirer, de même qu'il est difficile de se faire une opinion ferme sur les indications des différents sérums préconisés par M. Ribadeau-Dumas également dans les choléras infantiles.

M. Marquézy explique ces contradictions par ce fait que les différents orateurs ne parlent pas la même langue et font dire aux autres ce qu'ils n'ont pas voulu dire : jamais, par exemple, M. Ribadeau-Dumas n'a dit que tous les choléras infantiles étaient dus à une mastoïdite, et cependant on a prétendu que telle était l'opinion qu'il avait voulu défendre. Et puis il n'y a pas *une* oto-mastoï-

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

dite, mais *des* oto-mastoïdites qu'il faut distinguer les unes des autres.

En ce qui concerne la rougeole, M. Marquézy, qui a employé cette année les composés azoïques dans son service, a eu 161 otites sur 835 enfants, c'est-à-dire un chiffre semblable à celui de l'année précédente où le traitement en question n'était pas encore utilisé ; 7 interventions ont été faites sur des mastoïdes dans lesquelles M. Chatellier a toujours trouvé du pus.

Il est donc difficile de tirer des conclusions fermes des statistiques ; il constate simplement que dans le cas particulier les composés azoïques n'ont pas amélioré la statistique.

M. Cathala tient à préciser qu'il n'a jamais, lui non plus, prétendu affirmer que tous les états cholériformes du nourrisson sont dus à des otites, mais il estime qu'après essai du traitement médical, il est indiqué de suivre la voie conseillée par M. Ribadeau-Dumas.

M. Ribadeau-Dumas explique que ses recherches ont porté sur un point très précis : il constate souvent à l'hôpital l'existence chez les nourrissons d'un syndrome toxique avec déshydratation rapide qui habituellement aboutit rapidement à la mort. Que faire en pareil cas ? La présence aux autopsies de pus dans le rocher l'a incité à intervenir chirurgicalement sur la mastoïde qui paraît bien être à l'origine de certaines évolutions mortelles ; si cette localisation est seule en cause, la guérison peut parfois être obtenue ; sinon, c'est la mort.

On a parlé des sérums à injecter : ce n'est là aussi qu'une « manière de soigner » qui ne permet pas, bien entendu, la guérison à tous coups.

En pédiatrie du jeune âge, la mort a souvent encore une cause inconnue ; il faut débrouiller les cas : c'est ce que M. Ribadeau-Dumas a tenté de faire en étudiant les états cholériformes du nourrisson.

Il faut savoir attendre, a-t-on dit ; c'est très joli à dire, mais l'affection évolue avec une rapidité extrême... Quant aux traitements médicaux proposés, on en reviendra sans doute, comme on est revenu de beaucoup d'autres.

Deux cas mortels d'intoxication accidentelle par la nitrophénazine. — MM. Sarrouy et Chipot (d'Alger), ayant observé chez deux enfants de cinq ans et deux ans, une intoxication mortelle à la suite de l'absorption accidentelle de comprimés à base de nitrophénazine, insistent sur la nécessité de ne pas livrer au public des boîtes contenant un trop grand nombre de ces comprimés et d'attirer l'attention sur la toxicité du produit.

A. Bohn.

NOUVELLES

Clinique urologique (Clinique Guyon, hôpital Necker), professeur M. Marion.

Programme de l'enseignement. — *Lundi.* — 9 h. 30 : Visite dans les salles ; examen des malades, par M. Marion. — 10 h. 30 : Opérations par M. Fey.

Mardi. — 9 h. 30 : Leçons de séméiologie et de pathologie urinaire, par MM. Fey, agrégé, Naggiar et H. Marion (grand amphithéâtre) ; examen des malades externes, par M. Marion (salle Desormeaux). — 10 h. 30 : Démonstrations de cystoscopie, d'exploration des reins, de technique opératoire endoscopique, par M. Marion (salle Desormeaux). — 10 heures : Démonstration de radiologie, pyélographie, par M. Truchot (service de radiologie). — 16 heures : Exercices d'urétroscopie, cystoscopie, cathétérisme des uretères sous la direction de MM. Bouchard, Busson (service de cystoscopie). (S'inscrire pour ces exercices.)

Mercredi. — 9 h. 30 : Leçon de clinique, par M. Marion (grand amphithéâtre). — 10 h. 30 : Opérations, par M. Marion. — 11 heures : Conférences pratiques sur l'examen des urines, par MM. Chabanier ou Colombet (laboratoire de chimie).

Jeudi. — 9 h. 30 : Visite dans les salles ; examen des malades, par M. Marion. — 9 h. 30 : Leçons de séméiologie, par MM. Fey, agrégé, Naggiar et H. Marion (grand amphithéâtre). — 10 h. 30 : Opérations par M. Fey, agrégé. — 11 heures : Présentation de pièces anatomo, pathologiques et de préparations histologiques au laboratoire, par Mlle Kogan. — 16 heures : Exercice d'urétroscopie, de cystoscopie et de cathétérisme urétéral sous la direction de MM. Bouchard, Busson (service de cystoscopie). (S'inscrire pour ces exercices.)

Vendredi. — 9 h. 30 : Examen des malades externes, par M. Marion (salle Desormeaux). — 11 heures : Policlinique à l'Amphithéâtre, par M. Marion.

Samedi. — 9 h. 30 : Leçons de technique opératoire à l'amphithéâtre, par M. Marion. — 10 h. 30 : Opérations par M. Marion. — 11 heures : Démonstrations de radiologie, pyélographie par M. Truchot (service de radiologie).

Clinique. — *Lundi, jeudi,* à 9 h. 30 : au cours des visites dans les salles, par M. Marion.

Mardis, mercredis, vendredis, samedis : Visites dans les salles, par M. Fey ou par MM. Naggiar et H. Marion.

Mercredi à 9 h. 30 : Au grand amphithéâtre, leçons par M. Marion.

Vandredi, à 11 heures : Policlinique à l'amphithéâtre, par M. Marion.

Tous les matins, à 9 h. 30 : Consultation externe, par MM. Martin et Viala, avec la collaboration de MM. Barbara et Barbellion, pour les hommes (salle de la Terrasse) ; de MM. R. Bail et Dubarry, pour les femmes (salle de la consultation des femmes).

Séméiologie et pathologie. — *Mardi, jeudi,* à 9 h. 30 : Par MM. Fey, Naggiar, Bouchard et H. Marion.

Cystoscopie. — *Mardi,* à 10 h. 30 : Démonstrations salle Désormeaux, par M. Marion.

Mardi, jeudi, à 16 heures : Exercices de cystoscopie, cathétérisme urétéral, service de cystoscopie, par MM. Bouchard et Busson.

Technique opératoire. — *Samedi,* à 9 h. 30 : Leçon à l'amphithéâtre, par M. Marion.

Opérations. — *Mercredi, samedi,* à 10 h. 30, par M. Marion.

Lundi, jeudi, à 10 h. 30, par M. Fey.

Mardi, vendredi, à 10 h. 30, par MM. Naggiar et H. Marion.

NOUVELLES (*Suite*)

Examen des urines. — *Mercredi*, à 11 heures : Laboratoire de chimie. — Conférences pratiques, par MM. Colombet ou Chabanier.

Anatomie pathologique. — *Jeudi*, à 11 heures : Présentations de pièces et de préparations au laboratoire d'anatomie pathologique, par Mlle Kogan.

Radiologie. — *Mercredi, samedi*, à 10 heures : Démonstrations de radiologie au service de radiologie, par M. Truchot.

Agents physiques. — *Tous les jours*, à 10 h. 30 : Traitement et démonstrations, par M. Mathis et Mlle Konechowski.

Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales organisé avec la collaboration des médecins électroradiologistes des hôpitaux de Paris. (*Chaire de physique médicale*. Professeur : M. André Strohl ; *Institut du radium*. Directeurs : M. A. Debierne et D Cl. Regaud).

Première partie. — I. Cours (commencé le 3 novembre). — *Physique des rayons X, radioactivité, technologie.*

Lundi 23 *novembre*. — (*) M. Laporte : Les mesures en radioactivité.

Mardi 24 *novembre*. — M. Holweck : Purification et extraction du radon.

Radiodiagnostic. — *Mardi* 24 *novembre* : M. Ledoux-Lebard : Le radiodiagnostic (généralités). Principes. Rapports avec la clinique. Examen des malades.

Mercredi 25 *novembre*. — M. Ledoux-Lebard : Technique de la radioscopie.

Jeudi 26 *novembre*. — M. Ledoux-Lebard : Technique de la radiographie.

Vendredi 27 *novembre*. — M. Ledoux-Lebard : Corps étrangers et localisation.

Samedi 28 *novembre*. — M. Ledoux-Lebard : Système osseux. Os et articulations.

Lundi 30 *novembre*. — M. Ledoux-Lebard : Système osseux. Os et articulations.

Mardi 1er *décembre* : M. Ledoux-Lebard : Système osseux. Os et articulations.

Mercredi 2 *décembre*. — M. Ledoux-Lebard : Système osseux. Os et articulations.

Jeudi 3 *décembre*. — M. Maingot : Crâne. Face. Œsophage.

Vendredi 4 *décembre*. — M. Dioclès : La stéréoradiographie.

Samedi 5 *décembre*. — M. Belot : Dents.

Lundi 7 *décembre*. — M. Belot : Appareil urinaire.

Mardi 8 *décembre*. — M. Belot : Appareil urinaire.

Mercredi 9 *décembre*. — M. Ledoux-Lebard : Appareil génital. Grossesse.

Jeudi 10 *décembre*. — M. Bordet : Cœur. Aorte. Vaisseaux.

Vendredi 11 *décembre*. — M. Bordet : Cœur. Aorte. Vaisseaux.

Samedi 12 *décembre*. — M. Delherm : Poumons. Plèvre. Médiastin.

Lundi 14 *décembre*. — M. Delherm : Poumons. Plèvre. Médiastin.

Mardi 15 *décembre*. — M. Delherm : Poumons. Plèvre. Médiastin.

Mercredi 16 *décembre*. — M. Maingot : Estomac normal.

Jeudi 17 *décembre*. — M. Maingot : Estomac pathologique.

Vendredi 18 *décembre*. — M. Maingot : Estomac pathologique.

Lundi 21 *décembre*. — M. H. Beclère : Duodénum.

Mardi 22 *décembre*. — M. H. Béclère : Duodénum.

Mercredi 23 *décembre*. — M. H. Béclère : Foie. Rate. Pancréas.

Mardi 5 *janvier*. — M. Aubourg : Intestin grêle. Côlon.

Jeudi 7 *janvier*. — M. Ledoux-Lebard : Interprétation et causes d'erreur.

Les leçons auront lieu à l'amphithéâtre de Physique de la Faculté de médecine, à 18 heures, sauf celles marquées d'une astérisque, qui auront lieu à l'amphithéâtre du laboratoire de Physique de l'Institut du Radium, 1, rue Pierre-Curie, à 17 heures.

II. Démonstrations. — a. *Physique. Technologie.* — *Mercredi* 4 *novembre*. — M. Ph. Fabre : Rappel des lois générales du courant continu.

Jeudi 5 *novembre*. — M. Ph. Fabre : Les mesures électriques.

Vendredi 6 *novembre*. — M. A. Dognon : Induction. Bobines.

Samedi 7 *novembre* : M. A. Dognon : Courant alternatif. Transformateurs.

Lundi 9 *novembre*. — M. A. Dognon : Générateurs. Moteurs.

b. *Radiodiagnostic*. — Des présentations de radiographies se rapportant aux sujets du cours seront faites par MM. Lepennetier, Morel-Kahn, Nadal, Porcher et Moret, électroradiologistes et assistants des hôpitaux.

Ces démonstrations auront lieu à l'amphithéâtre de Physique de la Faculté de médecine de Paris, à 17 heures.

Les dates des démonstrations de radiodiagnostic seront annoncées au cours.

III. Travaux pratiques. — Des exercices pratiques sur la technique radiologique auront lieu au laboratoire de Physique de la Faculté de médecine, sous la direction de M. H. Desgrez, chef des travaux de physique. — Des visites d'usines compléteront la série des exercices pratiques.

IV. Stages. — Pendant la première série du cours, les élèves accompliront un stage de radiodiagnostic dans l'un des services suivants :

M. Aubourg, hôpital Beaujon, service d'électroradiologie.

M. Beaujard, hôpital Bichat, service de radiologie.

M. Béclère Henri, hôpital de Vaugirard, laboratoire de radiologie du professeur Pierre Duval.

M. Belot J., hôpital Saint-Louis, service central d'électroradiologie.

M. Cottenot, hôpital Broussais, service d'électroradiologie.

M. Darbois, hôpital Tenon, service de radiologie.

M. Delherm, hôpital de la Pitié, service d'électroradiologie.

M. Duhem, hôpital des Enfants-Malades, service d'électroradiologie.

MM. Lagarenne et Dioclès, Hôtel-Dieu, clinique médicale du professeur Carnot.

M. Ledoux-Lebard, chargé de cours de radiologie cli-

NOUVELLES *(Suite)*

nique, hôpital de la Salpêtrière, laboratoire de radiologie du professeur Gosset.

M. Maingot, hôpital Laennec, service d'électroradiologie.

M. Ronneaux, hôpital Cochin, service d'électroradiologie.

M. Solomon, hôpital Saint-Antoine, service de radiologie.

Le choix des services de stage aura lieu, d'après l'ordre d'inscription, le 3 novembre, à 19 heures, à l'amphithéâtre de Physique.

Chaire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques. — Professeur : M. Maurice VILLARET.

M. L. Justin-Besançon, agrégé, a commencé ses conférences le vendredi 6 novembre, à 16 heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

Il continue ses conférences les lundis, mercredis et vendredis suivants, au même amphithéâtre et à la même heure, jusqu'au mercredi 9 décembre.

SUJET DES CONFÉRENCES. — La pratique hydro-climatique. Les bases scientifiques de l'hydro-climatologie thérapeutique.

Une affiche ultérieure précisera le jour et l'heure d'une série de conférences d'hydrologie expérimentale et de leçons sur les actualités cliniques en hydro-climatologie.

Clinique chirurgicale de la Salpêtrière. — Professeur M. A. GOSSET.

PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT, fait avec la collaboration de MM. R. Ledoux-Lebard, chargé de cours à la Faculté : D. Petit-Dutaillis et P. Funck-Brentano, agrégés, chirurgiens des hôpitaux ; J. Charrier, R. Leibovici, M. Thalheimer et Seillé, chirurgiens des hôpitaux ; René-A. Gutmann, médecin des hôpitaux ; Ivan Bertrand, directeur à l'Ecole des Hautes Etudes ; Georges Lœwy, R. Sauvage, Lecœur, Jean Gosset et Hepp, anciens chefs de clinique ; Boudreaux, Poilleux, Barraya et Rousseau, chefs de clinique.

Opérations par le professeur : Mercredi à 10 heures.

Leçon par le professeur : Jeudi à 11 h. 15.

Visite des salles par le professeur : Samedi à 11 heures.

Radio-diagnostic par M. Ledoux-Lebard : Lundi et vendredi à 11 heures.

Opérations par les assistants : Mardi et jeudi à 9 h. 30.

Opérations de neuro-chirurgie, par M. D. Petit-Dutaillis : Mardi et samedi à 10 heures.

Présentation de pièces, par M. Ivan Bertrand : Samedi à 10 heures.

Tous les jours, à 9 h. 30, conférence de séміologie chirurgicale.

CONSULTATIONS. — Chirurgie générale par MM. les chefs de clinique. — Consultations tous les jours à 9 heures.

M. le Dr Petetin. — *Voies urinaires* : Lundi, mercredi et vendredi, 9 h. 30.

Mme le Dr Francillon-Lobre. — *Gynécologie* : Mardi, jeudi et samedi, 9 heures.

M. le Dr Wallou. — *Curiethérapie* : Vendredi, 10 h,

Mme le Dr Geismar. — *Electrothérapie* : Lundi et jeudi, 10 heures.

M. le Dr René-A. Gutmann. — *Gastro-entérologie* (présentation de malades) : Lundi, mardi, vendredi et samedi, 10 heures.

M. le Dr A. Moulonguet. — *Gastroscopie* : Samedi, 10 h. 30.

Mme le Dr Harmelin-Lines. — *Gastro-entérologie* : Lundi, mardi, mercredi, jeudi et vendredi, 9 heures.

M. le Dr Jahiel. — *Gastro-entérologie* : Samedi, 9 heures.

M. le Dr Vaudremer. — *Tuberculoses chirurgicales* : Mardi, jeudi et samedi, 9 heures.

M. le Dr Munch. — *Oto-rhino-laryngologie* : Lundi, 9 heures.

M. le Dr Paul-J. Petit. — *Ophtalmologie* : 1er et 3e jeudis, 11 heures.

M. le Dr Savignac. — *Rectoscopie* : Samedi, 9 heures.

M. le Dr Soulas : *Bronchoscopothérapie et Œsophagoscopie* : Lundi, 9 heures.

Mme le Dr Bohn-Nageotte. — *Maladies des veines* : Samedi, 8 h. 30.

Consultations pour les anciens opérés du service :

M. le Dr René-A. Gutmann. — *Gastro-entérologie* : Samedi, 10 heures.

M. le Dr Georges Lœwy. — *Chirurgie générale* : Lundi, 10 heures.

Une consultation spéciale de gastro-entérologie est faite dans le service, lundi, mercredi et vendredi, à 10 heures, par M. le Dr Le Noir, médecin honoraire des hôpitaux.

Chaire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques. — Professeur : M. Maurice VILLARET.

M. le professeur Maurice Villaret a fait la première leçon de son cours le mercredi 4 novembre 1936, à 16 heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

Il continuera ses leçons, à partir du mercredi 9 décembre, dans le même amphithéâtre, les vendredis et mercredis suivants, à la même heure.

Ce cours sera complété : par des leçons d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques pratiques, avec présentation de malades, au Centre d'hydroclimatologie des hôpitaux de Paris, le matin à 11 h. 30, à partir du mois de février 1937.

Une affiche ultérieure précisera les jours et le programme de ce dernier enseignement.

Chaire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques. — Professeur : M. Maurice VILLARET. Semestre d'hiver. Enseignement des étudiants. I. Leçons du professeur Maurice VILLARET. — Enseignement théorique au petit amphithéâtre de la Faculté, commencé le 4 novembre 1936, les mercredi et vendredi à 16 heures. « L'hydrologie et la climatologie thérapeutiques dans les maladies des différents appareils de l'organisme » : 20 leçons.

Cet enseignement est complété par :

1° Vingt leçons cliniques avec présentation des malades sur les mêmes sujets à l'hôpital Necker (salle Renon) (centre hydro-climatique de l'Assistance publique de Paris), par M. le professeur Maurice Villaret et ses collaborateurs.

2° Vingt leçons sur les techniques de cure et les bases scientifiques de l'hydro-climatologie au petit amphithéâtre de la Faculté, par M. L. Justin-Besançon, agrégé de la chaire.

SOMMAIRE DES COURS. — *Mercredi 9 décembre.* — Crénothérapie des maladies des vaisseaux périphériques et du sang.

NOUVELLES *(Suite)*

Vendredi 11 décembre. — Crénothérapie des maladies du cœur, des gros vaisseaux, et des hypertensions artérielles.

Mercredi 16 décembre. — Crénothérapie des maladies du rein et des voies urinaires : Indications cliniques.

Vendredi 18 décembre. — Crénothérapie des maladies du rein et des voies urinaires : Stations de cure de diurèse.

Mercredi 23 décembre. — Crénothérapie et climatothérapie en oto-rhino-laryngologie.

En janvier et février 1937 seront traitées les 14 leçons suivantes :

Crénothérapie des pneumopathies non tuberculeuses. Indications cliniques.

Climatothérapie de la tuberculose pulmonaire. Indications cliniques.

Thalassothérapie et créno-climatothérapie des tuberculoses extrapulmonaires. Indications cliniques.

Crénothérapie des maladies du foie et des voies biliaires.

Crénothérapie des maladies de l'estomac et de l'intestin.

Stations créno-climatologiques des maladies du tube digestif (foie et estomac).

Stations créno-climatologiques des maladies du tube digestif (intestin).

Créno-climatothérapie du diabète.

Créno-climatothérapie de la goutte, de l'oxalémie et de l'obésité.

Créno-climatothérapie du rhumatisme chronique.

Créno-climatothérapie des affections du système nerveux.

Créno-climatothérapie des affections gynécologiques.

Créno-climatothérapie de la syphilis et des maladies de la peau.

Créno-climatothérapie des maladies des enfants.

II. Conférences de M. L. JUSTIN-BESANÇON, agrégé, au petit amphithéâtre de la Faculté, à 16 heures.

Mercredi 25 novembre. — Les principales familles d'eaux minérales. Hydrogéologie. Captage. Etude physique des eaux minérales.

Vendredi 27 novembre. — Etude chimique des eaux minérales : déductions thérapeutiques.

Mercredi 2 décembre. — Etude biologique et pharmacodynamique des eaux minérales et des boues thermales.

Vendredi 4 décembre. — Les pratiques des cures thermales. Techniques générales et spéciales.

Ces conférences seront continuées en janvier et février 1937 et comprendront 10 leçons sur la créno-climatologie pratique et les bases scientifiques de l'hydro-climatologie thérapeutique.

Clinique oto-rhino-laryngologique. — Enseignement sous la direction de M. Fernand LEMAITRE, professeur.

1° *Enseignement magistral* (clinique et technique) par le professeur, gratuit, sera donné dans le service de la clinique de l'hôpital Lariboisière et comprendra :

a. Une leçon clinique avec présentation des malades, le mardi à 10 heures.

b. Des séances opératoires, les lundi, vendredi et samedi à 10 heures.

c. Des conférences faites à la Faculté, par M. le Dr Halphen, agrégé (voir affiche spéciale).

2° *Enseignement aux stagiaires* par le professeur, les anciens chefs de clinique, les chefs de clinique et les chefs de laboratoire. Cet enseignement, gratuit, est réservé aux étudiants en médecine de 5e année inscrits à la Faculté et aux médecins praticiens. Il consiste dans l'exposé des notions essentielles d'oto-rhino-laryngologie, telles que doivent les connaître les médecins praticiens non spécialisés. Cet enseignement clinique avec présentation des malades est fait les mardi, jeudi et samedi à 10 heures.

3° *Enseignement aux spécialistes oto-rhino-laryngologistes.* — *a.* Enseignement d'initiation. Cet enseignement propédeutique, réservé aux futurs spécialistes, est essentiellement technique, contrairement à l'enseignement destiné aux stagiaires, futurs praticiens.

b. Enseignement clinique complémentaire, sous la direction du professeur, par MM. les chefs de clinique, chefs de laboratoire, assistants et internes du service. Cet enseignement est réservé aux docteurs en médecine, français et étrangers, et aux étudiants en fin de scolarité qui sont déjà initiés à l'examen des malades et au maniement des instruments. Il aura lieu le matin aux mêmes époques que les cours de chirurgie opératoire spéciale qui auront lieu l'après-midi.

c. Enseignement d'anatomie pratique, en 20 leçons, aura lieu toutes les après-midi ; il précédera les cours de chirurgie opératoire spéciale.

d. Enseignement de perfectionnement chirurgical, qui comprendra :

Deux cours pratiques de chirurgie opératoire spéciale, par le professeur et MM. les docteurs Aubin et Maduro, laryngologistes des hôpitaux, Bénard, Van den Bossche et Gaston, chefs de clinique. Chacun de ces cours aura lieu en même temps qu'une série de l'enseignement clinique complémentaire : ils seront donnés à l'amphithéâtre des hôpitaux, tous les jours à 2 heures.

4° *Enseignement aux spécialistes stomatologistes* qui a lieu le vendredi matin à partir de 10 heures et comprend :

a. Une leçon clinique, avec présentation des malades par le Dr Charles Ruppe, chargé de cours de stomatologie.

b. Une séance opératoire, avec explications anatomo-cliniques, par le professeur.

Cours d'anatomie. — M. le professeur H. ROUVIÈRE a commencé son cours le vendredi 6 novembre 1936, à 16 heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continue les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

SUJET DU COURS : *Anatomie de l'abdomen.*

Cours de clinique thérapeutique médicale (Fondation du duc de Loubat). — Professeur : M. F. RATHERY.

M. le professeur F. Rathery a commencé son cours de clinique thérapeutique le 12 novembre 1936, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital et continue ses leçons les jeudis suivants à la même heure.

Policlinique et thérapeutique appliquée à la salle de consultation du service, par le professeur F. Rathery :

Mardi et vendredi, à 11 h. 15. — Diabète et maladies de la nutrition. Rhumatismes.

Mercredi, à 11 h. 15. — Maladies médicales des reins.

9 heures à 9 h. 30. — Tous les jours, leçon élémentaire de séméiologie par les chefs de clinique et internes du service.

NOUVELLES *(Suite)*

9 h. 30 à 10 h. 30. — Visite dans les salles.

10 h. 30 à 11 h. 15. — Les lundis, mardis, mercredis et vendredis, présentation de malades sous la direction du professeur, par M. Mollaret, agrégé, MM. Boltanski, Julien Marie, Kourilsky, médecins des hôpitaux, Mlle Dreyfus-Sée, MM. Bachman, Dérot, Doubrow, Jean-Hesse, Hurez, Mlle Jammet, MM. Largeau, Moline, Pautrat, Sallet, Sigwald, Thoyer, à la salle des conférence du service.

11 h. 15 à midi. — Examens spéciaux (facultatif pour les stagiaires).

Consultations externes, assistants Dr Froment et Dr Moline :

Mardi et vendredi, à 9 heures. — Diabète sucré et maladies de la nutrition. Rhumatismes.

Mercredi, à 9 heures. — Maladies médicales des reins.

Jeudi, à 9 heures. — Consultation des malades nouveaux.

Examens radiologiques, assistant Dr Piffault : mercredi et samedi.

Clinique des maladies du système nerveux. — M. le professeur Georges Guillain a commencé son cours de clinique le vendredi 13 novembre, à 10 h. 30, à l'hospice de la Salpêtrière (amphithéâtre de la clinique Charcot). Il continue son enseignement les mardis, à 10 heures (policlinique à la salle de consultations externes de l'hôpital), et les vendredis, à 10 h. 30 (amphithéâtre de la clinique Charcot).

Tous les matins, à 9 h. 15, à partir du lundi 8 novembre, conférences de sémiologie par M. Mollaret, agrégé, MM. Delay, J. Hesse, Ribadeau-Dumas, Schwob, chefs de clinique ; Péron, L. Ronquès et De Sèze, médecins des hôpitaux ; Bize, Darquier, Desoille, P. Guillain, J. Lereboullet, Mathieu, Michaux, Périsson, Budaux, Schmite, Sigwald, anciens chefs de clinique. A 10 h. 30, examen et présentation de malades par le professeur.

Examens de psychiatrie par M. N. Péron, médecin des hôpitaux, les mercredis et samedis, à 10 heures.

Démonstrations biologiques, examens du liquide céphalo-rachidien, par M. J. Lereboullet, chef du laboratoire de biologie, le jeudi, à 10 heures.

Démonstrations d'anatomie pathologique, par M. Ivan Bertrand, directeur à l'école des Hautes études et chef du laboratoire d'anatomie pathologique, le lundi, à 10 heures.

Démonstrations de chimie biologique, par M. Bernon, chef du laboratoire de chimie, les mercredis et samedis à 10 heures.

Démonstrations de malariathérapie, par M. Mollaret, médecin des hôpitaux, chargé du centre de malariathérapie de la Salpêtrière, les mercredis et samedis, à 10 h.

Examens d'endocrinologie par M. Sigwald, le mercredi, à 10 heures.

Examens d'électro-diagnostic et démonstrations électro-physiologiques, par M. G. Bourguignon, chef du service d'électro-radiothérapie de la Salpêtrière, les jeudis et samedis, à 10 heures.

Examens de neurologie oculaire, par M. Lagrange, ophtalmologiste des hôpitaux, le lundi, à 10 heures, M. Hudelo, le jeudi à 10 heures, M. P. Halbron, le samedi à 10 heures et M. Joseph, le lundi à 10 heures.

Examens otologiques, par M. Aubry, laryngologiste des hôpitaux, le mercredi, à 10 heures.

Un cours complémentaire et de perfectionnement de neurologie sera fait en mai 1937.

Un cours sur la pathologie du langage sera fait par M. Th. Alajouanine, agrégé, en avril mai 1937.

Un cours complémentaire d'anatomie pathologique et de technique sera fait par M. Ivan Bertrand, directeur à l'école des Hautes études et chef de laboratoire d'anatomie pathologique, en juin 1937.

Puériculture. — Enseignement préparatoire au diplôme de puériculture.

L'enseignement a commencé le 16 novembre 1936, et a lieu sous la direction de MM. les professeurs Couvelaire, Lereboullet, Nobécourt et de M. le Dr Weill-Hallé, chargé de cours, avec la collaboration de MM. les professeurs Gougerot, Terrien et Lemaitre :

Puériculture avant et après la naissance. Hygiène individuelle et collective (gestation, première et deuxième enfances) ; hygiène scolaire, médecine préventive et prophylaxie des maladies contagieuses. Organisation administrative et médico-sociale de la protection de la maternité et de l'enfance.

Cet enseignement est destiné aux étudiants en médecine pourvus de vingt inscriptions, et aux docteurs en médecine français et étrangers. Il comprendra :

1° Des stages dans les services de cliniques obstétricales et pédiatriques.

2° Des cours théoriques et des démonstrations organisés avec la collaboration de MM. les docteurs : Lévy-Solal, agrégé, accoucheur de l'hôpital Saint-Antoine ; Lacomme, agrégé, accoucheur des hôpitaux ; Devraigne, accoucheur de l'hôpital Lariboisière ; Turpin, agrégé, médecin des hôpitaux ; Chailley-Bert, agrégé, Marcel Pinard et Benda, médecins des hôpitaux ; Renard, ophtalmologiste des hôpitaux ; Halphein, agrégé, et Aubin, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux ; Ruppe, chargé de cours ; Paul Boncour, Vitry, Hallez, Mlle Vogt, Mlle Papaïoannou, Baize, Kaplan, Ducas, anciens chefs de clinique ; Detrois, chef de laboratoire à la Faculté ; Trèves, ancien interne des hôpitaux ; Cavaillon et Leclainche, chefs de services au ministère de la Santé publique.

Nota. — Pour tous renseignements et les inscriptions, s'adresser au Secrétariat de l'École de puériculture, 26, boulevard Brune, Paris (XIVe).

Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. le professeur Laignel-Lavastine a commencé son cours le lundi 16 novembre 1936, à 16 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine et continue ce cours les lundis suivants à la même heure.

Programme du cours. — *Histoire de la goutte et du rhumatisme.*

16 *Novembre* 1936. — Définition et division.

23 *Novembre.* — La goutte : l'humorisme, es Asclépiades.

30 *Novembre.* — La goutte à Alexandrie, Rome et Byzance.

7 *Décembre.* — La goutte et les écoles dogmatique, pneumatique, méthodique, galénique.

14 *Décembre.* — La goutte au moyen âge et à la Renaissance.

NOUVELLES *(Suite)*

21 *Décembre.* — La goutte du XVII[e] au XIX[e] siècle.

11 *Janvier* 1937. — Le rhumatisme avant Bouillaud.

18 *Janvier.* — Le rhumatisme articulaire aigu.

25 *Janvier.* — Le cœur rhumatismal.

1[er] *Février.* — Rhumatisme chronique et arthropathies : Charcot.

15 *Février.* — Localisations articulaires des infections et intoxications.

22 *Février.* — La rhumatologie ; la Ligue internationale contre le rhumatisme.

Cours et travaux pratiques de physique médicale (*Deuxième année*). — Professeur : M. A. Strohl.

M. le professeur A. Strohl a commencé son cours le lundi 16 novembre, à 17 heures, à l'amphithéâtre de physique, et le continue les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Programme. — 1° *Optique* ; 2° *Electrologie* ; 3° *Actinologie* ; 4° *Radiologie* ; 5° *Radioactivité.*

Des exercices pratiques auront lieu, sous la direction de M. le chef des travaux, aux jours et heures indiqués à l'horaire des travaux pratiques, et porteront sur les matières enseignées au cours.

Clinique médicale de la Pitié. — M. A. Clerc, professeur.

M. Clerc a commencé son enseignement clinique le mercredi 18 novembre à 11 heures (amphithéâtre des cours de l'hôpital de la Pitié) et le continue selon le programme ci-dessous, avec la collaboration de MM. R. André, Bascourret, Delmare, Lenègre, Sée, Sterne, Zadoc-Kahn, chefs ou anciens chefs de clinique, M[lle] Gauthier-Villars et M. Paris, chefs de laboratoire, M. Frain, radiologiste des hôpitaux.

1° Tous les mercredis, à 11 heures. Leçon à l'amphithéâtre des cours par le professeur.

Les lundis, mardis, mercredis, jeudis, samedis, à 9 heures, enseignement élémentaire à l'usage des stagiaires par les chefs de clinique et de laboratoire.

3° Les lundis, jeudis, vendredis et samedis, à 10 heures, visite dans les salles, Pavillon La Rochefoucauld (service 6).

4° Les lundis et jeudis à 11 heures, radioscopie ; électro et phono-cardiographie.

5° Les mardis, à 10 heures (salle de conférences, service n° 6), consultation spéciale des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang. Polyclinique par le professeur.

6° Les vendredis, à 11 heures (salle de conférences), présentation de malades et démonstrations pratiques par le professeur, les chefs de clinique ou les chefs de laboratoire. En outre, leçons sur un sujet d'actualité médicale, selon le programme ci-dessous (salle de conférences).

Le 27 novembre. — M. Mollaret, agrégé, médecin des hôpitaux : La maladie de Nicolas-Favre d'après les idées actuelles.

Le 18 décembre. — M. Boulin, agrégé, médecin des hôpitaux : complications pulmonaires du diabète sucré.

Le 12 février. — M. Alajouanine, agrégé, médecin de l'hospice de Bicêtre : Les hémorragies méningées.

6° A partir du lundi 11 janvier 1937, sous la direction de MM. Clerc, Aubertin et de leurs collaborateur, aura lieu un cours spécial de perfectionnement sur les maladies du cœur et des vaisseaux. Ce cours durera environ trois semaines et le programme détaillé sera publié à la fin du mois de novembre.

Hôpital de la Pitié. — M. le professeur Laignel-Lavastine, avec la collaboration de MM. Georges Rosenthal, Jean Vinchon, Robert Largeau, H.-M. Gallot, Georges d'Heucqueville, H.-M. Fay, M[me] Lecomte et M. Jean Noailles, a commencé ses leçons de clinique annexe avec présentation de malades, le mercredi 18 novembre, à 10 heures, et les continue tous les mercredis à la même heure.

Objet du cours : *Neurologie.*

Horaire du service : tous les matins, à 9 heures, visite.

Lundi, à 10 heures. — Examens endocrino-pathologiques : M. Largeau.

Lundi, à 11 heures. — Conférence de séméiologie : M. H.-M. Gallot.

Mardi, à 10 heures. — Consultation de neurologie : M. Laignel-Lavastine.

Mercredi, à 10 heures. — Présentation de malades : M. Laignel-Lavastine.

Jeudi, à 10 heures. — Consultation de neuro-psychiatrie infantile : M. Fay.

Vendredi, à 10 heures. — Consultation neuro-psychiatrique : M. Vinchon.

Vendredi, à 11 heures. — Clinique psychiatrique : M. Laignel-Lavastine.

Samedi, à 10 heures. — Consultation endocrino-sympathologique : M. Laignel-Lavastine.

Le VII[e] Congrès annuel de la Fédération des Sociétés des Sciences médicales de l'Afrique du Nord aura lieu à Alger les 22, 23 et 24 mars 1937. Le sujet mis à l'étude sera : *Typhus et Pseudo-typhus.*

Des rapports seront présentés sur ce sujet par MM. le professeur Burnet, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis ; M. Blanc, directeur de l'Institut Pasteur de Casablanca ; MM. Donatien et Lestocquard, de l'Institut Pasteur d'Alger ; M. Gaud, directeur de l'Hygiène et de la Santé au Maroc ; M. Lemaire, directeur du Bureau d'hygiène de la Ville d'Alger ; M. le professeur Costantini, de la Faculté de médecine d'Alger.

Des communications seront admises sur le sujet rapporté.

Pour le voyage, des réductions importantes ont été accordées par les chemins de fer métropolitains et nord-africains (40 p. 100), par les compagnies de navigation (30 p. 100), par la compagnie Air-France (10 p. 100).

Il est prévu également des excursions qui permettront de visiter l'Algérie dans de bonnes conditions.

Pour tous renseignements, s'adresser aux secrétaires du Congrès : Professeur Senevet, Faculté de médecine d'Alger ; M. Sarrouy, 47 *bis*, rue d'Isly, Alger.

Université de Lille. — *Diplôme d'hygiène et de médecine sociale.* — Pendant l'année scolaire 1935-1936, dix-neuf médecins et étudiants en médecine de cinquième année ont suivi l'enseignement, récemment créé, du diplôme d'hygiène et de médecine sociale.

Deux sessions d'examen eurent lieu à la suite de cet enseignement, l'une en juin, et l'autre en octobre 1936.

Treize élèves ont obtenu le diplôme en juillet. Ce sont

NOUVELLES *(Suite)*

MM. les Drs E. Bernard, Delelis, Detrez, Fréalle, Gervois Lemaire, Mynard, Pannequin, Salmon, Turlur, Vansteenberghe, Verbrugge.

Trois élèves ont obtenu le diplôme en novembre : MM. les Drs Parmentier, Rabelle, Cornillot.

L'enseignement en vue du diplôme d'hygiène pour l'année scolaire 1936-1937 reprendra à partir de janvier 1937. Le règlement de scolarité et le programme de l'enseignement seront envoyés à toute demande adressée soit au secrétariat de la Faculté, soit au laboratoire d'hygiène.

Nous rappelons que ce diplôme d'hygiène est actuellement indispensable pour tous les candidats à des emplois de directeur de bureau d'hygiène et d'inspecteur départementaux d'hygiène, et qu'il est vraisemblable qu'il sera dans l'avenir de plus en plus exigé pour les postes officiels comme celui de médecin des écoles, etc.

Le registre d'inscription en vue de ce diplôme est actuellement ouvert à la Faculté.

Faculté de médecine de Nancy (*Année scolaire* 1935-1936). — *Prix de fin de* 1re *année :*

1er *Prix* : M. Dambrine (Raymond-Louis), de Château-Gontier (Mayenne).

Mention « honorable » : M. Wahl (Claude-Michel), de Dijon (Côte-d'Or).

Prix de fin de 2e *année :*

1er *Prix* : M. Roux (Jean), de Commerey (Meuse).

Mention « très honorable » : Mlle Bolikowski (Edwige-Hélène-Noémie), de Pontoise (Seine-et-Oise) ; Mlle Strub (Suzanne-Marie), de Nancy.

Prix de fin de 3e *année :*

1er *Prix* : M. Castelain (Guy-Paul-Pierre), de Nantes (Loire-Inférieure).

Prix de fin de 4e *année :*

1er *Prix* : M. Bussienne (Pierre-Georges-François), de Nomény (Meurthe-et-Moselle).

Mention « honorable » : M. Abel (François-Paul), de Nancy.

Prix de fondation :

Prix Bénit (*dit de l'internat*) : M. Grumillier (Henri-Marie-Édouard-Jules), de Mourmelon le-Grand (Marne).

Prix Pierre Schmitt (décerné à l'interne des hôpitaux reçu le 1er au concours de 1935) : M. Jacops (Robert-Marie), de Nancy.

Prix Alexis Vautrin :

1er *Prix* : M. Girard (Jean-Georges), de Hérimoncourt (Doubs).

2e *Prix* : M. Grumillier (Henri-Marie-Édouard-Jules), de Mourmelon-le-Grand (Marne).

Prix Ritter : M. Feder (Meier), de Bolechow (Pologne).

Prix décerné exceptionnellement par l'Association des externes et anciens externes, en l'année 1936, *aux externes des hôpitaux reçus* 1er *et* 2e *au concours :*

1er, M. Bertin (Raymond-André-Alexis), de Briey (Meurthe-et-Moselle).

2e, Mlle Noël (Simone-Françoise), de Gerbevillier (Meurthe-et-Moselle).

Prix de fin d'études dentaires :

Mention « honorable » : M. Rublnsztejn (Izaak), de Siedlce (Pologne)

Prix de thèse. — Prix du département de Meurthe-et-Moselle et de la Ville de Nancy : Ex-æquo M. Chavarot (Maurice-Pierre-Gabriel), de Vaucouleurs (Meuse), M. Weber (Pierre-Marie-Joseph), de Lyon (Rhône).

Prix de la fondation Schemel : Ex-æquo Mlle Binet (Anne-Marie-Caroline), de Hayange (Moselle), M. Petit (Henri-Alphonse Constant), de Gestunsart (Ardennes).

Mention « très honorable ». (Les étudiants sont classés par ordre alphabétique) :

M. Canel (Gaston-Robert), de Belleville (Meuse).

Mlle Gonand (Marguerite), d'Épinal (Vosges).

M. Lardin (Gaston-Joseph-Charles-Nicolas), d'Is-en-Bassigny (Haute-Marne).

Mlle Petit (Simone-Renée-Marcelle), de Nancy.

M. Vaxman (Huma), de Moghilev-Podolia (Russie).

M. Vernier (Raymond-Jules-Auguste), de Douai (Nord).

M. Vial (Raymond-Georges), de Nancy.

Mention « honorable » :

M. Benoit (Frédéric-Charles-Félix), de Port-sur-Saône (Haute-Saône).

M. Cognard (Henri-Louis), de Cluny (Saône-et-Loire).

M. Couillault (Serge-Jacques-Robert), de Neuville (Vienne).

M. Geller (Siegfried), de Cernauti (Roumanie).

M. Juillien (François-Marie-Gabriel), de Fletrange (Moselle).

Mlle Marecaux (Lucienne-Marie), de Douai (Nord).

Mlle Morel (Antoinette-Marie-Adrienne), de Nancy.

M. Roizenboim (David), de Bairamcea (Roumanie).

Hygiène et clinique de la première enfance (Clinique Parrot). — M. le professeur P. Lereboullet. — Du 7 au 12 décembre, à 11 heures : Leçon clinique. L'alimentation dans les six premiers mois.

Thèses de la Faculté de médecine. — 1er *Décembre.* — M. Charton, Orifices d'entrée des plaies par armes à feu dans les tirs obliques. — M. Chartier, Paralysies multiples des nerfs craniens par métastases au cours des néoplasies pulmonaires. — M. Mayme, Démence précoce et tuberculose. — M. Gerbier, Aspect clinique des septicémies post-angineuses. — M. Homme, Les injections locales de novocaïne en thérapeutique dermatologique. — M. Gérard, Du traitement de la syphilis par les injections simultanées et prolongées intramusculaires d'arsenic trivalent et de bismuth.

4 *Décembre.* — M. Destarac, Etude des modifications électrocardiographiques au cours des plaies du cœur. — M. Bouchard, Fonctionnement du service obstétrical à Baudelocque. — M. Pujol-Ségalas, L'absence congénitale du tibia et les difformités consécutives.

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

5 Décembre. — *Paris.* Hôtel-Dieu, clinique médicale, 10 h. 30. M. le professeur Carnot : Leçon clinique.

5 Décembre. — *Paris.* Clinique obstétricale Tarnier, 10 h. 30. M. le professeur Brindeau : Leçon clinique.

5 Décembre. — *Paris.* Hôtel-Dieu, clinique chirurgicale, 10 heures, M. le professeur Cunéo : Leçon clinique.

5 Décembre. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades, clinique de médecine infantile, 9 heures. M. le professeur Nobécourt : Leçon clinique.

NOUVELLES *(Suite)*

5 Décembre. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades, clinique chirurgicale infantile, 10 h. 50. M. le professeur Ombrédanne : Leçon clinique.

5 Décembre. — *Paris.* Hôpital Cochin, clinique orthopédique, 10 heures. M. le professeur Mathieu : Leçon clinique.

6 Décembre. — *Paris.* Asile Sainte-Anne, clinique des maladies mentales, 10 h. 30. M. le professeur Claude : Leçon clinique.

6 Décembre. — *Paris.* Faculté de médecine. Conférences du dimanche. M. René Besnard : L'éréthisme cardiaque des adolescents, son importance au point de vue individuel et social.

6 Décembre. — *Paris.* Ministère de la Santé publique. Date limite pour l'envoi des demandes pour le poste de médecin adjoint résidant au sanatorium Vancauwenberghe à Zuydcoote.

7 Décembre. — *Marseille.* Concours de l'internat en pharmacie des hôpitaux de Marseille.

8 Décembre. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine, 11 heures. M. le professeur Grégoire : Leçon clinique.

9 Décembre. — *Paris.* Clinique de la première enfance. Hospice des enfants assistés, 10 h. 45. M. le professeur Lereboullet : Leçon clinique.

9 Décembre. — *Paris.* Hôpital Broussais, clinique propédeutique, 11 heures. M. le professeur Sergent : Leçon clinique.

9 Décembre. — *Paris.* Hôpital Saint-Louis, 21 h. 30. M. le professeur Gougerot : Leçon clinique.

9 Décembre. — *Paris.* Hôpital Saint-Antoine, clinique médicale, 11 heures. M. le professeur Clerc : Leçon clinique.

10 Décembre. — *Paris.* Hôpital Cochin, clinique chirurgicale, 10 heures. M. le professeur Lenormant : Leçon clinique.

10 Décembre. — *Paris.* Hospice de la Salpêtrière, clinique chirurgicale, 11 h. 15. M. le professeur Gosset : Leçon clinique.

10 Décembre. — *Paris.* Hôpital Claude-Bernard, clinique des maladies infectieuses, 11 heures. M. le professeur Lemierre : Leçon clinique.

10 Décembre. — *Paris.* Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, 11 heures. M. le professeur Lœper : Leçon clinique.

NOUVELLES *(Suite)*

10 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital de la Pitié, clinique thérapeutique médicale, 10 h. 30. M. le professeur RATHERY : Leçon clinique.

10 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital de la Pitié, clinique obstétricale, 11 heures. M. le professeur JEANNIN : Leçon clinique.

10 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital Necker, clinique urologique, 10 heures. M. le professeur MARION : Leçon clinique.

10 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital Lariboisière, 10 h. 30. M. le professeur LEMAITRE : Leçon clinique.

10 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital Broussais, clinique cardiologique. M. le professeur LAUBRY : Leçon clinique.

11 DÉCEMBRE. — *Paris.* Concours de l'externat des hôpitaux de Paris au Parc des expositions.

11 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôtel-Dieu, clinique ophtalmologique, 10 h. 30. M. le professeur TERRIEN : Leçon clinique.

11 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique obstétricale Baudelocque, 11 heures. M. le professeur COUVELAIRE : Leçon clinique.

11 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hospice de la Salpêtrière, clinique neurologique, 10 h. 30. M. le professeur GUILLAIN : Leçon clinique.

11 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital Laennec, clinique de la tuberculose, 11 heures. M. le professeur BEZANÇON : Leçon clinique.

12 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôtel-Dieu, clinique médicale, 10 h. 30. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

12 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique obstétricale Tarnier, 10 h. 30. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

12 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hotel-Dieu, clinique chirurgicale, 10 heures. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

12 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades, clinique de médecine infantile, 9 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

12 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades, clinique chirurgicale infantile, 10 h. 30, M. le professeur OMBRÉDANNE : Leçon clinique.

12 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital Cochin, clinique orthopédique, 10 heures, M. le professeur MATHIEU : Leçon clinique.

13 DÉCEMBRE. — *Paris.* Asile Sainte-Anne, clinique des maladies mentales, 10 h. 30. M. le professeur CLAUDE : Leçon clinique.

13 DÉCEMBRE. — *Paris.* Faculté de médecine, conférences du dimanche. M. CATTAN : Les septicémies à gonocoques.

14 DÉCEMBRE. — *Toulouse.* Faculté de médecine. Ouverture d'un concours pour une place de chef de clinique des maladies des voies urinaires.

14 DÉCEMBRE. — *Bordeaux.* Concours de chef de clinique gynécologique.

14 DÉCEMBRE. — *Saint-Omer.* Date limite pour l'inscription à un concours de médecin-chef de l'hôpital.

15 DÉCEMBRE. — *Paris.* Administration de l'Assistance publique. Inscription en vue des places d'assistants de consultations générales de médecine et de chirurgie.

17 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital Broussais, clinique cardiologique. M. le professeur LAUBRY : Leçon clinique.

17 DÉCEMBRE. — *Paris.* Mairie du VI[e], 20 h. 30. Société végétarienne de France. M. Georgia KNAP : L'homme cet inconnu.

17 DÉCEMBRE. — *Rouen.* Hospice général. Ouverture du concours d'internat des hôpitaux de Rouen.

19 DÉCEMBRE. — *Toulouse.* Concours de professeur suppléant d'anatomie pathologique à l'école de Clermont-Ferrand.

20 DÉCEMBRE. — *Paris.* Famille de médecins, conférence du dimanche. M. HUBER : Convalescents et tuberculeux.

21 DÉCEMBRE. — *Lille.* Concours de médecin-chef de l'hôpital de Saint-Omer.

CHRONIQUE DES LIVRES

Étude et traitement de la méningite tuberculeuse, par THÉRÈSE-A. JOUSSET. Préface du Dr ANDRÉ JOUSSET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. Un volume de 152 pages avec 10 figures et des graphiques. Prix : 30 francs (*Masson et Cie, éditeurs*).

Grâce à une expérimentation patiente poursuivie pendant plusieurs années, l'auteur a suivi les étapes tissulaires de l'affection. Sa conclusion est que la mort est le fait des lésions nécrotiques bulbaires dont la rapidité est insoupçonnée ; d'où la nécessité absolue d'un traitement précoce destiné à prévenir cette destruction. On ne refait pas les tissus spécialisés, et quand ils ont la haute valeur spécifique des cellules centrales, le désastre devient irréparable. Il faut donc s'efforcer de le prévenir.

Cette étude est divisée en quatre parties. Dans la première, l'auteur expose les remarques soit étiologiques, soit d'ordre purement clinique qu'a provoquées l'étude de ses 225 observations.

La seconde est une mise au point de l'étude du liquide céphalo-rachidien de la méningite tuberculeuse.

La troisième est consacrée à des recherches expérimentales et anatomiques, destinées à mettre en relief les raisons de la gravité des méningites.

La quatrième est réservée aux essais de traitement des méningites tuberculeuses par l'allergine, avec les observations de quinze malades guéris.

L'influence espagnole sur le progrès de la science médicale, avec un rapport sur l'institut de recherches Wellcome et les laboratoires de recherches et les musées y affiliés, fondés par sir Henry Wellcome, en communication du Xe Congrès international d'histoire de la médecine. 1935, 1 vol. in-8, 126 pages, avec planches, cartonné (*The Wellcome Foundation, à Londres*).

Voici les principaux chapitres de cet intéressant ouvrage : reliques paléopathologiques ; magie et religion primitives ; contacts espagnols avec les anciennes civilisations ; influences romaines ; les Wisigoths; la renaissance hispano-mauresque ; hôpitaux musulmans ; expansion de la culture hispano-mauresque ; écoles de traduction ; épidémies ; médecine théurgique du moyen âge ; hôpitaux du moyen âge, des XVIe et XVIIe siècles ; les universités ; l'âge de la découverte ; l'influence de la découverte du cinchone ; la diffusion du paludisme en Europe ; expéditions botaniques espagnoles ; le pionnier de la médecine légale.

En un court aperçu, on a une vue d'ensemble très documentée, bien présentée, avec une illustration de choix.

Maladies par infection des amygdales (Enfermedades por infeccion de las amigdalas), par RAFAEL ROMERO RODRIGUEZ.

La dernière publication du Dr R.-R. Rodriguez sur les maladies dues aux infections amygdaliennes tend à montrer l'importance considérable d'un foyer amygdalien dans l'étiologie d'un grand nombre de maladies.

L'étude de l'anatomie et de la physiologie des amygdales, que l'auteur fait très soigneusement, rend cette notion très compréhensible. L'infection amygdalienne apparaît comme la source de multiples affections. Rodriguez passe ainsi en revue les relations qui existent entre foyers amygdaliens et complications rénales, troubles digestifs, troubles thyroïdiens. Le chapitre traitant des rapports entre amygdales et rhumatisme cardio-articulaire est d'un excellent intérêt clinique.

Le diagnostic du foyer septique amygdalien est considérablement aidé par la méthode personnelle de l'auteur dite « épreuve de la propreté des amygdales ». Cette technique très simple d'expression de l'amygdale peut, combinée au lavage et à l'aspiration du contenu des cryptes, servir utilement au traitement des cas légers. L'ablation chirurgicale des amygdales, à propos de laquelle Rodriguez expose sa technique personnelle, reste évidemment la thérapeutique la plus efficace.

Ce travail original se termine par les indications de l'amygdalectomie et par de nombreuses observations montrant les heureux résultats qu'elle permet d'obtenir.

Thérapeutique oto rhino-laryngologique homéopathique, par P. CHAVANON.

L'auteur, avec une évidente bonne foi, essaye de faire le point après douze ans d'études de la thérapeutique homéopathique oto-rhino-laryngologique. Avec sincérité, il relate ses succès comme ses insuccès, essayant de déblayer du fatras des remèdes homéopathiques quelques formules éprouvées et sûres.

Après une préface adressée aux confrères allopathes, le livre débute par quelques conseils pratiques sur l'art de recevoir les malades et de les étudier, sur la préparation des remèdes et même sur la « pathologie du siècle ».

Suit l'étude méthodique en cinq chapitres des diverses affections de la série oto-rhino-laryngologique, l'auteur redressant à chaque instant les erreurs de ses confrères ès-Hahnemann et donnant pour chaque affection la liste des médicaments agissant le mieux, avec des résultats surprenants. Les chapitres sur la diphtérie, les vertiges, les mastoïdites, les nodules des cordes vocales, sont les plus curieux.

L'exposé se termine par une « conclusion » où l'auteur fait acte d'une modestie qui nous fait oublier ce que nos opinions peuvent avoir de différent.

CHRONIQUE DES LIVRES *(Suite)*

Le travail de l'ardoise et la pathologie professionnelle de l'ardoisier, par André Feil. Un volume in-8° de 140 pages, 82 figures (*Librairie Le François*).

Cette monographie contient une étude complète de la profession d'ardoisier, l'une des plus pittoresques et l'une des moins connues.

Il faut distinguer, parmi les ouvriers ardoisiers, ceux qui travaillent au fond, à l'extraction du schiste, et qui sont les « ouvriers d'Abas », de ceux qui travaillent au jour à la transformation des blocs et au façonnage de l'ardoise et qui sont les « ouvriers d'Ahaut ».

La seconde partie de l'ouvrage envisage la pathologie professionnelle de l'ardoisier, en particulier l'action des poussières d'ardoise sur le poumon. L'auteur, après enquête personnelle, conclut que seuls les ouvriers du fond, ayant moins de dix ans de présence à la mine, sont susceptibles de présenter une forme très atténuée de pneumokoniose. Les ouvriers du jour, tailleurs d'ardoises, inhalent relativement peu de poussières et ne sont pas sujets aux pneumokonioses.

Par contre, ces « ouvriers d'Ahaut » peuvent présenter des manifestations particulières, décrites pour la première fois par Feil dans son livre :

Lumbago des fendeurs d'ardoises ;

Fracture du scaphoïde carpien des fendeurs à l'appareil ;

Callosité du genou des fendeurs à l'appareil ;

Ulcérations sur la face palmaire des doigts des rondiseurs.

D'autres chapitres traitent des accidents du travail en atelier, des œuvres sociales, etc.

Henri Desoille.

Annuaire médical des stations hydro-minérales climatiques et balnénaires de France. Sanatoriums et maisons de santé, *édition* 1936 (23, rue du Cherche-Midi, Paris-(6e).

L'édition pour 1936 de cette importante publication comprenant 756 pages, et abondamment illustrée, vient de paraître. Comme dans les précédentes éditions, on trouvera une notice sur toutes les stations thermales, climatiques et balnéaires et sur le plus grand nombre de sanatoriums et maisons de santé.

L'ouvrage est émaillé d'un certain nombre de chapitres scientifiques de la plus grande utilité pour les praticiens et les étudiants en cours d'examens : Crénothérapie et climathérapie (professeur Carnot et Villaret). thalassothérapie (professeur Giraud), climatologie de la Côte d'azur (Société des médecins du Littoral méditerranéen), climatologie de la mer du Nord et de la Manche (professeur Duhot), climatologie du Littoral atlantique (Dr G. Barraud), climatologie de la Côte basque (Dr Mercier des Rochettes), organisation de la lutte antituberculeuse (Dr Louis Guiuard).

On y trouvera aussi tous renseignements utiles concernant la législation, l'administration des stations et les différents groupements économiques ou scientifiques de caractère thermal ou climatique.

Cet ouvrage. dont le prix de vente est de 60 francs, sera remis gratuitement, dans un but d'intérêt général, à tous les médecins et à tous les étudiants en fin de scolarité, qui voudront bien le faire prendre aux bureaux de l'Expansion scientifique française, 24, rue du Cherche-Midi, Paris (6e). Pour ceux qui désireraient le recevoir par poste, joindre à la demande d'envoi la somme de 5 francs pour la France et de 15 francs pour l'étranger, pour frais d'expédition et d'emballage. Il sera perçu 7 francs pour les expéditions demandées contre remboursement.

La tension artérielle (maxima, moyenne, minima). L'hypertension l'hypotention et leur traitement, par E. Donzelot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux de Paris, et Kisthinios, professeur agrégé à la Faculté de médecine d'Athènes. Un volume grand in-8 de 160 pages avec 9 planches et 4 figures, 28 francs (*J.-B. Baillière et Fils, éditeurs*, 19, *rue Hautefeuille, Paris*).

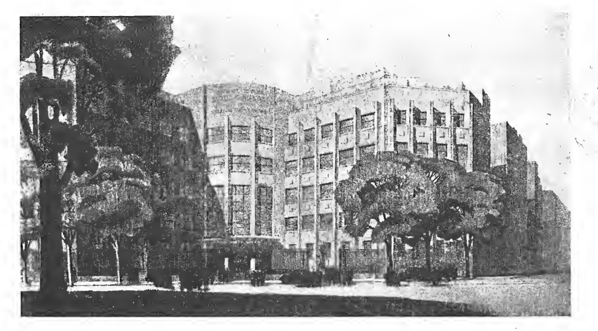
C'est un petit livre mais particulièrement substantiel et qui contient un exposé clair et précis de toutes les questions concernant la tension artérielle et ses troubles.

Dans la première partie consacrée à la tension artérielle elle-même, les auteurs, après avoir rappelé les données classiques concernant la maxima et la minima, font une mise au point de la notion récente et capitale de tension moyenne et montrent que la détermination de cette valeur tensionnelle, sans rien changer en ce qui regarde la maxima, conduit par contre à rectifier certaines erreurs commises dans l'évaluation de la minima.

La deuxième partie constitue une étude très complète de l'hypertension artérielle, dont chacun sait l'importance croissante en pathologie. Données anciennes et données récentes concernant l'hypertension permenante d'une part et l'hypertension paroxystique d'autre part, sont condensées dans ce chapitre avec une parfaite netteté.

La troisième partie enfin traite de l'hypotension. La forme permanente, d'un intérêt clinique restreint, retient peu les auteurs. Ceux-ci consacrent, en revanche, de nombreuses pages aux hypotensions paroxystiques, qui, avec leurs accidents de collapsus et de syncope, présentent une importance clinique de premier plan.

VARIÉTÉS



Nouveaux bâtiments de la Faculté de Médecine de Paris.
Vue de l'entrée principale sur la rue de Rennes prolongée.

LA NOUVELLE ÉCOLE PRATIQUE

Le 3 décembre dernier, M. le recteur Charléty et M. le doyen Roussy nous avaient conviés à venir assister à la première « coulée de béton » des bâtiments nouveaux de la Faculté de médecine, sur les terrains de l'ancienne Charité. La cérémonie s'est déroulée sous la présidence de M. le ministre de l'Éducation nationale, en présence de M. le sous-secrétaire d'État à la Recherche scientifique et de M. Raymond Laurent, président du Conseil municipal.

Devenus trop étroits pour les 5 000 étudiants qui s'y pressent, trop souvent mal adaptés aux besoins de la recherche scientifique et de l'enseignement modernes, les bâtiments actuels de l'École pratique réclamaient impérieusement une extension, et des modifications profondes.

Avec l'activité réalisatrice qu'on lui connaît, surmontant les obstacles et résolvant les difficultés, le professeur Roussy s'est adonné à cette tâche urgente et délicate.

Quelque désir qu'ils eussent de doter Paris d'une Faculté moderne, dont les différents services eussent pu se développer harmonieusement, groupés sur un vaste terrain, à proximité de grands services hospitaliers, afin de faciliter tout ensemble la recherche et l'enseignement, le recteur de l'Université et le doyen de la Faculté de médecine durent s'incliner devant les objections nombreuses que ce projet suscita.

Mais demeurer au cœur du vieux quartier Latin ne posait pas un problème plus facile.

Sur place, en effet, il était impossible de songer à des expropriations voisines qui eussent été fort coûteuses, et encore moins de dévier les rues. Et cependant la nécessité s'imposait, en choisissant l'emplacement des nouveaux bâtiments, d'éviter aux étudiants un trop long trajet entre l'ancien et le nouvel édifice. Dès lors, un seul terrain répondait à ces exigences : celui du vieil hôpital de la Charité, limité par la rue Jacob, la rue des Saints-Pères et le boulevard Saint-Germain.

C'est à cet endroit, riche d'histoire et de souvenirs, que va s'élever la nouvelle École pratique dont les plans ont été dressés par d'éminents architectes, MM. Guéritte, Debat-Ponsan, Madeline et Walter.

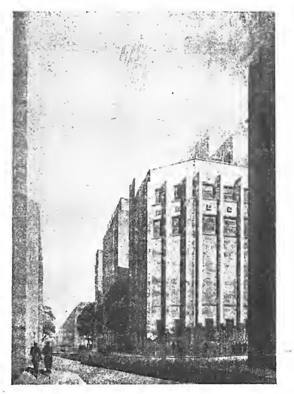
Les services de la Ville de Paris se proposent d'élargir la rue des Saints-Pères et la rue Jacob, chacune de cinq mètres, de transformer en square le coin de verdure situé à l'angle de la rue des Saints-Pères et du boulevard Saint-Germain, sur le flanc de l'ancienne Académie de médecine. Ils se proposent enfin de conserver avec la vieille église du XVIII[e] siècle, due au crayon de Robert de Cotte, le petit amphithéâtre, établi dans le chœur, où professèrent entre autres Laënnec et Potain.

Ne pouvant ainsi développer en largeur la composition de la nouvelle École, les architectes

VARIÉTÉS *(Suite)*

furent obligés de la concevoir en hauteur. Mais, par esthétique, les bâtiments en bordure de rue seront de la même hauteur que les maisons d'en face ; le centre seul dominera l'ensemble de ses neuf étages. Cette conception commande le détail de la réalisation. Les laboratoires de recherches et d'enseignement pratique seront disposés en façades. Les circulations horizontales et verticales, vestibules, escaliers et ascenseurs seront groupés au centre.

Les disciplines se répartiront de la façon suivantte : aux étages inférieurs, la physique avec se



Nouveaux bâtiments de la Faculté de Médecine de Paris. Vue sur l'angle des rues des Saint-Pères et Jacob.

appareils fondés sur massifs spéciaux, à l'abri des vibrations parasites ; aux étages intermédiaires, la chimie, la physiologie et l'histologie ; aux étages supérieurs, l'anatomie, avec des salles bien aérées et baignées de lumière. Le tout sera complété par de vastes amphithéâtres dont le plus grand pourra recevoir 1 500 personnes. Un vestibule monumental s'ouvrira sur la rue des Saints-Pères et aussi, ultérieurement, sur la rue de Rennes prolongée. A l'extérieur, de grandes lignes droites, dont la sobriété voulue sera rompue par l'inscription sur la pierre, en belles lettres romaines, des noms de maîtres célèbres ; de larges vitrages reportant sur des piles, véritables contreforts, les poussées de la construction, souligneront le caractère monumental de l'édifice et traduiront sa parfaite convenance à sa fonction.

Soixante millions avaient été accordés, en 1934, pour entreprendre ces travaux. Une autre somme importante est prévue, en 1936, pour les achever et pour en compléter l'équipement, qui doit être terminé à la rentrée d'octobre 1938.

En même temps seront restaurés et modernisés les locaux de l'ancienne École pratique, rue de l'École-de-Médecine.

C'est donc une nouvelle étape que franchit notre Faculté. Depuis l'an 1261, où, pour la première fois autonome, elle s'installe rue du Feurre, ancienne rue des Escholiers, le professeur Roussy nous a, l'autre jour, rappelé les degrés de sa croissance. Il a souligné en ces termes les intentions de ceux qui présidèrent à l'extension d'aujourd'hui : « Aussi bien nous plaira-t-il que cette maison nouvelle soit accueillante aux deux générations d'hommes qui s'y rencontreront dans l'amour du travail : aux maîtres qui, par leur enseignement et leurs recherches s'efforceront d'agrandir le domaine de leurs connaissances ; à la jeunesse toujours plus nombreuse, en qui bouillonnent les perspectives de l'avenir, en qui vibrent tous les possibles... Il nous plaît que, dans ce quartier traditionnel de Paris, cette maison nouvelle proclame sa confiance en l'avenir des hommes, sa foi en la jeunesse qui nous succédera, qui nous dépassera, mais qui, dans le même temps, nous justifiera. »

En écoutant ces nobles paroles, en acquiesçant à l'acte de foi raisonnable qu'elles proclament, je ne pouvais cependant m'empêcher de songer au vieil hôpital désaffecté, qui, depuis trois cents ans, abrita tant de dévouements, dont les murs entendirent l'enseignement des plus illustres cliniciens français, et dont la salle de garde fut fameuse... Loin de gémir sur ce perpétuel et naturel écoulement des êtres et des choses, mieux vaut évoquer au contraire une image, dont l'admirable symbolisme peut être aisément transposé du domaine sacré dans le profane.

Sur l'une des verrières de la cathédrale de Chartres, l'on voit les quatre Évangélistes portés sur les épaules des quatre grands Prophètes. En disposant ainsi les personnages, l'artiste a voulu montrer non seulement que la Nouvelle Loi est la continuation de l'Ancienne, mais encore qu'elle tire une partie de sa force des assises solides que les préfigurateurs ont établies.

Ne pouvons-nous pas nous appliquer cet enseignement, et ne devons-nous pas unir le respect

---

VARIETÉS *(Suite)*

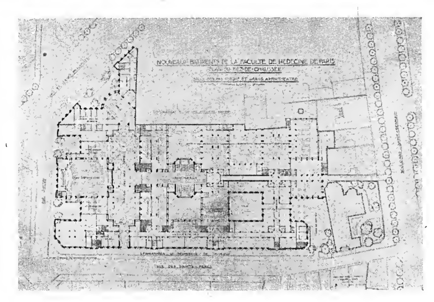
d'un passé vénérable aux nécessités nouvelles d'une science qui progresse ?

Si les vieilles pierres ne sont plus là pour offrir à nos méditations le support évocateur de leur patine séculaire, que du moins subsiste un esprit ! La tradition, ce n'est pas ce qui est mort, c'est ce qui vit ; c'est ce qui mérite de survivre du passé dans le présent.

Si d'ailleurs, au cours des âges, l'objet de la médecine reste toujours identique à lui-même, s'il demeure l'homme et l'homme souffrant, c'est dire aussi que les qualités proprement « humaines » — bonté, dévouement, désintéressement... — sont encore pour le médecin des vertus nécessaires.

Puissent donc nos étudiants entendre à travers le béton moderne la leçon de nos aînés : qu'ils acquièrent une science plus précise et plus bienfaisante ; qu'ils gardent une conscience aussi scrupuleuse !

MAURICE BARIÉTY.



Plan d'un étage (fig. 3).

REVUE DES CONGRÈS

IIIe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Bologne-Rome, 21 au 25 septembre 1936.

Le IIIe Congrès de la Société internationale d'orthopédie a tenu ses réunions des trois premiers jours à Bologne, siège d'une antique et illustre Université de médecine, vieille ville aux élégants portiques, et aux somptueux palais dans lesquels ont eu lieu des réceptions inoubliables offertes aux congressistes par le professeur Putti et la municipalité. Mais Bologne possède encore plus, la perle de la chirurgie orthopédique, l'Institut Rizzoli, d'illustre mémoire, situé dans le splendide monastère qui, du haut de sa colline boisée, domine la ville. C'est là qu'ont eu lieu les séances de travail et les séances opératoires, ainsi que le banquet de clôture.

Les congressistes ont ensuite été transportés en train particulier à Rome, et le lendemain, une séance de travail a eu lieu dans les magnifiques bâtiments de la nouvelle Université, construite en deux années, et qui représente un centre d'enseignement merveilleux.

A la fin de la journée, une importante délégation de congressistes a été reçue au Palais de Venise, par M. Mussolini, qui, en français, leur a souhaité la bienvenue.

Puis le Duce a ajouté : « Vous venez de traverser l'Italie, vous avez pu constater que le pays est calme et travaille dans le calme. L'Italie ne demande qu'à vivre en paix et collaborer avec tous les peuples sur le plan économique, politique et social. »

Une réception offerte par le Podestat de Rome au Palais des Conservateurs et dans les Jardins du Campodiglio sur le Capitole, a terminé de manière fastueuse l'accueil que l'Italie a réservé aux congressistes.

PREMIÈRE QUESTION.

Les dérangements internes du genou.

Cette dénomination créée par W. Hey (de Leeds) en 1814 pour désigner les désordres qui suivent ordinairement les traumatismes du genou, a été diversement interprétée par les rapporteurs.

Premier rapport : M. WALLS (Argentine).

L'auteur limite le sujet aux lésions des ménisques, ligaments croisés et latéraux.

Après une période de début où les signes douleur, tuméfaction prédominent, il montre le mécanisme de leurs

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

lésions qui explique la fréquence de beaucoup prédominante des lésions du ménisque interne.

Il ne croit pas à la méniscite de Roux, et pense que l'arthrite déformante préexiste dans certains cas de lésions méniscales.

Dans les cas où le diagnostic est certain, il est partisan résolu de l'intervention précoce. Il conseille la résection partielle, l'extirpation de la partie détachée du ménisque. Au moyen d'une incision transversale un peu oblique pour éviter le rameau patellaire du nerf saphène interne, on obtient ainsi des résultats excellents dans 80 p. 100 des cas. Cette manière de faire est à recommander spécialement dans les accidents du travail.

Le rapporteur expose ensuite l'anatomie et physiologie des ligaments croisés ; il montre que les résultats des expériences cadavériques ne concordent pas avec la clinique.

Le ligament antérieur est atteint dans la grande majorité des cas. On observe une rupture incomplète, complète, ou l'arrachement de l'insertion tibiale ; celle de l'insertion fémorale est rare.

Après une période de début où les signes (douleur, tuméfaction, contraction) sont peu précis, apparaissent des signes de gros intérêt : le signe du tiroir que l'auteur étudie en détail, l'entorse à répétition avec hydarthrose, la présence de mouvements de latéralité.

L'immobilisation en semi-flexion peut donner des récupérations absolues. On n'interviendra qu'en cas de persistance d'une instabilité articulaire.

L'auteur a modifié la méthode de Heygroves, et pratique la réfection du ligament au moyen d'une tresse de fils de soie. Il a opéré ainsi avec succès 9 blessés.

Pour les ligaments latéraux, l'auteur croit à la rareté de leur lésion isolée. C'est le ligament latéral interne qui est d'ordinaire lésé.

Contrairement à l'opinion classique dans les cas moyens et graves, avec diastasis articulaire, il conseille l'opération précoce. Là aussi, il emploie pour la réfection ligamentaire les fils de soie. Trois observations montrent les bons résultats obtenus par cette méthode.

Deuxième rapport : Professeur PAUL MATHIEU (Paris).

L'auteur envisage les lésions traumatiques des ménisques, des ligaments croisés et de l'épine tibiale, les corps étrangers, et les lésions de la synoviale.

Pour les ménisques, après un résumé de l'anatomie et de la pathogénie, il montre que cliniquement il y a deux catégories de malades : les cas dans lesquels les signes sont nets (phénomènes de blocage, douleur localisée, atrophie musculaire, hydarthrose, saillie méniscale), et les cas frustes. Dans ces derniers, la radiographie même avec injections intraséreuses, l'arthroscopie, l'auscultation articulaire, ne donnent pas toujours la certitude. Dans les cas classiques, la grosse erreur à éviter est de croire à une tumeur blanche.

L'auteur discute avec soin les indications opératoires. L'incision de choix est l'incision transversale avec section du ligament latéral interne. Elle permet l'exploration et l'ablation du ménisque dans sa totalité. La reconstitution du ligament latéral interne est faite au fil de lin. Les résultats sont excellents dans 80 p. 100 des cas, sur les sujets jeunes, sportifs ; le résultat reste médiocre chez les sujets plus âgés atteints d'arthrite déformante.

Pour les ligaments croisés, le rapporteur montre l'incertitude qui règne encore sur leur rôle, que beaucoup de chirurgiens français croient très relatif, la stabilité du genou résidant surtout dans l'intégrité des ligaments latéraux.

Le traitement est à envisager dans deux circonstances. Dans les entorses graves récentes, on pratiquera l'arthrotomie pour évacuer l'hémarthrose, enlever un ménisque déchiré, les débris des ligaments croisés, la réfection des ligaments latéraux et des ailerons rotuliens. Mais il est admis par la plupart des chirurgiens français qu'à cette période, une réparation des ligaments croisés est inutile.

Au contraire, dans le cas de séquelle tardive (instabilité du genou), la réfection des ligaments croisés par la technique de Heygroves et Smith est indiquée. C'est une indication assez exceptionnelle.

Les corps étrangers articulaires comprennent les corps étrangers multiples de l'ostéochondromatose d'origine synoviale, les corps étrangers traumatiques, et enfin l'ostéochondrite disséquante. Dans cette dernière, les symptômes diffèrent, à la période d'enclavement et à la période de corps étranger libre. La radiographie est indispensable. L'intervention s'impose.

Les lésions post-traumatiques de la synoviale (synovites villeuses, maladie de Hoffa) sont aussi justiciables d'extirpation chirurgicale.

Troisième rapport : M. HARRY PLATT (Manchester).

Le terme dérangement interne du genou s'applique : 1° à la blessure du cartilage semi-lunaire ; 2° au corps étranger articulaire.

S'appuyant sur sa considérable expérience (plus de 500 opérations de R. Jones, 725 de Bristow, 454 de l'auteur), le rapporteur formule l'opinion des chirurgiens anglais.

Les lésions siégeant sur le ménisque interne sont des fractures d'ordinaire longitudinales, soit dans le tiers antérieur, le tiers postérieur, et dans la moitié des cas avec détachement du bout détaché. Les autres lésions observées, fractures transversales et autres, sont des lésions secondaires. Le ménisque externe peut aussi présenter une fracture longitudinale, mais aussi une mobilité exagérée sans fracture, ou des anomalies congénitales.

Le diagnostic d'une fracture récente du ménisque est à faire avec : 1° les entorses du genou (lésions des ligaments latéraux) par latéralité ou torsion ; 2° les fractures de l'épine tibiale (arrachement de l'insertion tibiale du ligament croisé antérieur).

Dans la plupart des cas de déplacements répétés du ménisque, le diagnostic s'impose. L'examen radiologique élimine les corps étrangers.

Dans les cas douteux, on peut confondre avec une ostéochondrite disséquante les lésions du bourrelet graisseux sous-rotulien, le début d'une ostéo-arthrite, le relâchement articulaire du genou.

Parmi les signes qui permettent le diagnostic dans les cas douteux, le rapporteur fait grand cas de l'apparition de réaction articulaire ou d'un ressaut brusque à la suite d'exercices gymnastiques.

A TOUTE APPLICATION DE L'ANTISEPSIE LOCALE CORRESPOND UNE FORME DE LA

CLONAZONE DAUFRESNE



Le traitement immédiat est conservateur : on n'envisage l'opération qu'après la première récidive et un diagnostic précis.

L'opération comporte une incision transversale sans section du ligament latéral, l'excision complète du ménisque. Si la partie antérieure du ménisque est normale, il faut la détacher pour explorer, en soulevant, la partie postérieure. L'ablation de celle-ci peut nécessiter une deuxième incision complémentaire, mais de manière exceptionnelle.

La marche est reprise au bout de neuf ou dix jours. Les résultats sont uniformément bons.

Quatrième rapport : M. L. KALIND (Varsovie).

L'auteur insiste sur les incertitudes du diagnostic des lésions post-traumatiques du genou par la clinique seule, et insiste sur l'importance de la pneumographie, beaucoup trop délaissée, car elle est, quoi qu'on en ait dit, sans danger.

Il décrit sa technique, très simple, par insufflation d'oxygène et, par exception, avec adjonction de liquide opaque.

Il montre l'image obtenue sur le genou normal, et dans les divers cas pathologiques. Il conclut : dans les ruptures longitudinales du ménisque avec déplacement, les plus fréquentes, la pneumographie fournit des signes de diagnostic certains. Dans les ruptures longitudinales sans déplacement, le diagnostic est possible au moyen de plusieurs clichés.

Dans les cas mixtes, le diagnostic est plus difficile, et dans les lésions transversales, le pneumoradiogramme ne donne plus de renseignements précis.

Le diagnostic des corps étrangers et de la maladie de Hoffa est bien mis en évidence par l'injection d'oxygène.

Les cas de lésions récentes du ménisque sont à traiter par la méthode conservatrice. En cas de blocage ou de rechute, il convient d'opérer. L'auteur emploie une incision longitudinale para-rotulienne, que l'on peut couder horizontalement au besoin. Il n'enlève que la partie déchirée du ménisque, sauf dans les lésions postérieures où l'ablation totale est indispensable.

La fracture de l'épine du tibial, les ruptures des ligaments croisés sont justiciables du traitement conservateur. On n'opérera qu'en cas d'échec. Il en est de même des ruptures des ligaments latéraux. Dans ces cas, la reconstitution est faite avec des bandes de fascia lata.

M. BRAGARD (Allemagne) signale une disposition familiale de ménisques discoïdes qui prédisposerait à des ruptures se présentant toujours sous le même aspect.

D'après l'étude de 509 cas, l'auteur a pu établir que si le « genu valgum » prédispose aux lésions du ligament latéral interne et du ménisque externe, c'est l'inverse pour le « genu varum ».

D'après leur mécanisme, les accidents se divisent en quatre groupes : 1° torsion du genou plié avec abduction de la jambe et contracture musculaire en sens opposé ; 2° varus ; 3° hyperextension ; 4° hyperflexion. Les symptômes, qu'il s'agisse de cas récents, anciens, ou particuliers, sont décrits en détail. L'auteur insiste surtout sur la méthode qu'il a décrite pour l'exploration manuelle du ménisque en avant et en arrière de l'interligne articulaire.

Si l'on place le genou à 150° de flexion avec rotation interne forcée, le ménisque malade est alors senti à la palpation dans la partie antérieure de l'interligne articulaire — et, dans cette position, sa palpation est douloureuse. Dès que l'on supprime la rotation interne, le ménisque n'est plus senti au doigt.

La partie postérieure du ménisque est palpable et douloureuse dans la partie postérieure de l'interligne articulaire, lorsque le genou étant fléchi à 120°, on augmente peu à peu la flexion en faisant de la rotation externe. En rotation interne, le ménisque disparaît. Pour le ménisque externe, il y a inversion des symptômes.

Cette exploration, dit le rapporteur, a été positive dans la partie antérieure de l'interligne dans 93 p. 100 des ménisques rompus, et 54 p. 100 dans la partie postérieure.

L'auteur décrit un nouveau signe révélateur de la lésion des ligaments croisés. Il consiste en ceci : le genou étant fléchi, si on suspend à la jambe près du genou un poids de 5 ou 6 kilogrammes et qu'on lui imprime des oscillations, si après quelques minutes des douleurs apparaissent, les ligaments sont lésés.

L'auteur étudie ensuite les aspects radiologiques des lésions osseuses et montre par un exemple qu'il ne faut pas s'en rapporter exclusivement à des épreuves faites avec le rayon normal à l'interligne. Les radiographies contrastées donnent souvent mais pas toujours un diagnostic correct.

Pour les lésions du ménisque, l'auteur pratique la résection partielle modelante, laissant en place la partie encore adhérente.

Pour la réfection des ligaments croisés à la plastique par « fascia lata », il préfère une technique personnelle de plastie avec les tendons du demi-tendineux et demi-membraneux fixés au tibia après tunnellisation. Leur tonicité musculaire donne une grande stabilité.

Après les réfections de ligaments, il est utile de faire longtemps porter des gaines moulées avec articulation physiologique, dont les mouvements sont synchrones à ceux de l'articulation.

Discussion. — Ont pris la parole : MM. DEUTSCHLANDER, HACKENBROCH, MAU, BOHLER, DELCHEFF, CAMPBELL, DICKSON, WILSON, BOPPE, ROCHER, SORREL, TAVERNIER, BRISTOW, FAIRBANK, BARGELLINI, CALANDRA, DE GAETANO et DEL TORTO DELITALA, GAZZOTTI, PUTTI, VACHELLI ZANOLI, RASZEJA, DEBRUNNER, MARTIN DU PAN, FREJKA, ZAHRADNICEK.

Il ressort de cette discussion que si, d'une part, certains chirurgiens, les Anglais en particulier, pratiquent l'extirpation partielle des ménisques par une courte incision du ligament latéral interne, d'autres se montrent, au contraire, partisans d'une ouverture large du genou, par voie transrotulienne par exemple. Les Français restent partisans du juste milieu : exploration par une incision dans l'interligne, et en cas de nécessité, pour pratiquer l'exérèse totale du ménisque jugée indispensable, section du ligament latéral interne qui est ensuite reconstitué.

DEUXIÈME QUESTION.

Résumé des rapports :

Premier rapport : Professeur ROCHER et Dr CHRISTIAN ROCHER (Bordeaux).

L'arthrodèse est une opération qui modifie la forme

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

des surfaces articulaires, de manière à en limiter le jeu.

Dans la paralysie infantile, on l'emploie isolément ou surtout associée à d'autres opérations ostéo-articulaires ou tendineuses.

D'après la technique, on peut distinguer trois groupes d'arthrodèses :

1° La création de butées extra-articulaires par implantation sur l'une des extrémités articulaires d'un greffon saillant ;

2° Le blocage intra-articulaire par soulèvement d'une partie de la surface articulaire ;

3° Les arthrodèses arthroplastiques qui réalisent la butée par des résections articulaires complexes.

Le rapporteur passe en revue, pour chaque articulation, les techniques et les indications.

Au cou-de-pied, l'arthrodèse antérieure s'exécute, soit par greffon implanté dans la partie antérieure de la poulie astragalienne (Putti, 1re mannière), soit par soulèvement d'un volet taillé dans l'astragale (Putti, 2e manière, L. Michel, etc.). Elle présente deux grandes indications : 1° constitution d'un équinisme fixe, qui déclenche et entretient l'hyperextension du genou et de la hanche, indispensables à la marche sans appareil dans les paralysies totales du membre inférieur (méthode de Putti) ; 2° dans le pied talus paralytique.

Dirigée contre l'équinisme, l'arthrodèse postérieure est exécutée selon la méthode décrite dès 1920 par Toupet : création d'une butée par implantation d'un greffon à travers la portion postérieure de l'astragale ou du calcanéum, ou par soulèvement d'un volet pédiculé sur le calcanéum (Campbell, Nové-Josserand).

L'arthrodèse latérale (Calandra, del Torto) est réalisée contre le varus ou le valgus.

Au genou, l'arthrodèse intra-articulaire par relèvement de la partie antérieure du plateau tibial, ou extra-articulaire par greffon implanté lutte contre un recurvatum exagéré (plus de 25o).

Au coude, la création d'une butée en flexion à angle droit aide à la récupération de la fonction de flexion.

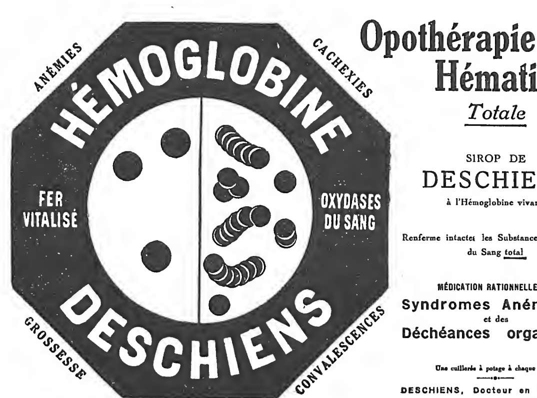
A la hanche, à l'épaule, elles aident à lutter contre les subluxations paralytiques.

Les résultats à distance sont dans l'ensemble excellents. On a reproché aux butées par greffon la possibilité de fracture, de résorption, de soudure à l'os opposé, accidents exceptionnels. Si les méthodes à lambeau sont peut-être plus sûres, elles ne sont pas toujours applicables et règlent moins exactement l'étendue des mouvements à conserver.

Le rapport contient de nombreuses statistiques dues surtout aux chirurgiens français.

Deuxième rapport : Dr P. Palagi (Florence).

Ce rapport confirme les données du précédent pour l'historique, les techniques diverses, etc., mais, chose curieuse, pour une opération qui, somme toute, est née en Italie, les indications sont beaucoup plus discutées qu'en France. En effet, les chirurgiens italiens pratiquent le



REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

ténodèses et transplantations musculaires, peu usitées chez nous, qui en limitent les indications.

Au pied, l'arthrodèse antérieure a pour indication principale l'arrêt de flexion dorsale du pied pour permettre la marche sans appareil dans la paralysie totale du membre. Dans la correction du *pes calcaneus sursum flexus*, elle s'associe aux transplantations tendineuses. Dans le pied *calcaneus* creux, elle est rarement employée et à titre complémentaire d'autres opérations.

L'arthrodèse tibio-tarsienne postérieure est très discutée en Italie. Dans le cas de chute du pied avec conservation du triceps sural, on lui préfère la ténodèse antérieure. Dans le pied ballant, l'arthrodèse tibio-tarsienne est préférée.

L'arthrodèse latérale est une intervention complémentaire, utile surtout dans le cas de laxité de la mortaise.

Dans le *genu recurvatum* paralytique marqué, la butée antérieure donne des résultats supérieurs aux plasties tendineuses et aponévrotiques. Les méthodes extra-articulaires (Lexer, Bœhm) sont les meilleures ; l'olécranisation de la rotule (Tavernier, Léo Mayer), plus complexe, doit être réservée aux cas d'atrophie des extrémités articulaires.

La reconstitution du toit du cotyle dans le cas de luxation ou subluxation paralytiques, ne donne de succès durables que lorsque le facteur squelettique présente une prépondérance nette sur les facteurs dynamiques (paralysies partielles). Le plus souvent, ce sera une opération complémentaire aux opérations musculaires.

Au membre supérieur, l'arthrodèse est indiquée au coude (Putti) ; elle doit être préférée à l'arthrodèse. Elle favorise la reprise de la flexion, surtout associée à l'opération de Steindler (transplantation haute des muscles épitrochléens). Au poignet au contraire, l'arthrodèse donne des résultats supérieurs à l'arthrodrise.

Troisième rapport : M. San Ricar (Barcelone).

Le rapporteur s'excuse de ne donner qu'un rapport verbal. Il expose que tout ce qu'il possédait, ses documents scientifiques, sa clinique, tout a été détruit, et que lui n'a pu avoir la vie sauve qu'en s'échappant sur un torpilleur allemand. L'arthrodrise a été très employée en Espagne avec les méthodes déjà décrites. Elle est employée comme butée définitive ou chez les tout petits comme butée temporaire avec de bons résultats, dont il donne de nombreux exemples.

Discussion. — MM. Faldini, Hackenbrock, Erlacher, Stracker, Mapfei, Van Haelst, Scherb, Boppe, Michel, Nové-Josserand, Bargellini, Calandra, de Gaetano et del Torto, Decitala, Galeazz, Maragliano, Lavermicocca, Deutchlander, U. Camera, Yotchich prirent part à cette discussion. La plupart pour exposer leur technique personnelle déjà notée dans les rapports et leurs résultats. Il n'y eut de discussion véritable qu'entre les orthopédistes italiens pour la plus part peu partisans de l'arthrodrise postérieure pour le traitement de l'équinisme. Ils lui préfèrent les ténodèses

des muscles antérieurs paralysés. Seul, M. Ugo Camera a défendu l'arthrodrise postérieure qu'il utilise non seulement dans les paralysies flasques, mais aussi et avec succès dans les paralysies spasmodiques.

Le IVe Congrès de la Société internationale d'orthopédie se tiendra en 1939 à Berlin, sous la présidence du professeur Gœlst, de Berlin ; vice-président; M. Haglund (Suède).

AUTRES COMMUNICATIONS.

Les arthrodèses dans les séquelles de la paralysie infantile.

Les questions mises à l'étude sont :

1° Résultats du traitement sanglant et non sanglant des luxations congénitales de la hanche ;

2° Traitement des fractures du col du fémur.

Cinq rapporteurs seront désignés pour chaque question.

La Société décide de s'intituler dorénavant Société internationale de chirurgie orthopédique et de traumatologie. M. LANCE.

JOURNÉES ORTHOPÉDIQUES DE TURIN

18, 19 *et* 20 *septembre.*

En choisissant Turin pour siège des Journées orthopédiques de 1936, la Société française d'orthopédie a été bien inspirée. L'accueil qu'elle a reçu dans cette belle ville par les autorités municipales et par le professeur Ugo Camera a été chaleureux, magnifique. L'organisation si parfaite qu'en trois journées, les visiteurs ont pu voir et apprendre un nombre considérable de choses. Nous ne pouvons que résumer ici le programme si intéressant.

Après la séance d'ouverture à l'hôpital orthopédique Regina Margharita, les séances de travail ont eu lieu dans le magnifique service du professeur Annovazi. C'est devant un amphithéâtre rempli non seulement par les membres de la Société, mais par de multiples orthopédistes italiens et étrangers, que le Dr Camera a exposé les méthodes thérapeutiques employées par lui, exposé illustré de projections, multiples présentations de malades, et enfin séance opératoire. Voici les principaux points abordés :

Dans la luxation congénitale, M. Camera reste partisan de la méthode orthopédique, la réduction sanglante pratiquée dans quatre cas ne lui ayant donné qu'un résultat bon. Il utilise pour aider à la dérotation fémorale des ligaments artificiels de soie. Dans la luxation invétérée haute, il utilise l'ostéotomie sous-trochantérienne faite selon sa technique personnelle : section en verrou, bascule du fragment supérieur au moyen d'un fil passé au-dessus du trochanter, et fixation de l'angulation par des fils allant des fessiers au vaste externe. Dans les luxations antérieures appuyées, douloureuses, il pratique la résection de la tête associée ou non à l'ostéotomie. Dans les subluxations ou arthrodèses de la hanche, à l'arthroplastie ou à la butée il préfère, si le cotyle est bon, la résection de la tête, et si le cotyle est insuffisant, l'arthrodèse extra-articulaire.

L'égalisation des membres inférieurs par raccourcissement du membre sain est entrée dans sa pratique courante. Il l'a effectuée 80 fois. Dans la luxation unilatérale, elle constitue le complément de l'ostéotomie, rétablissant l'équilibre du bassin. Elle rend les plus grands services dans les coxalgies et poliomyélites à grand raccourcissement. On ne peut en douter quand on a vu défiler les quelque 20 opérés présentés. On n'a pu qu'admirer chez eux l'absence presque complète de boiterie et l'aisance de la marche.

M. Camera montre l'existence du décollement épiphysaire de la tête fémorale d'origine obstétricale. Il en a observé 4 cas. Dans la paralysie infantile, M. Camera vise à supprimer tout appareillage. Précocement, il pratique une prothèse interne par ligaments de soie, à la hanche, au genou, au cou-de-pied. Il utilise aussi les arthrodrises, et plus tard, les arthrodèses ténodées et transplantations.

Il montre comment, pour les différents types de paralysie, il convient de combiner ces opérations.

Au membre supérieur, il insiste sur la possibilité, en face d'un membre ballant, de le rendre utile par arthrodèses à la fois de l'épaule, du coude et du poignet.

Au membre inférieur, il convient de corriger les attitudes vicieuses. On lutte contre la rotation externe de la hanche par un tendon de soie allant du pubis au trochanter.

Au genou, la transplantation tendineuse donne des résultats magnifiques. Un nombre impressionnant de très beaux résultats présentés vient prouver la véracité de cette affirmation.

Au pied, il faut être très ménager de l'allongement du tendon d'Achille. M. Camera insiste sur les excellents résultats obtenus par l'association de la double arthrodèse avec une arthrodrise antérieure ou postérieure et les transplantations tendineuses. Un défilé de paralytiques opérés a permis de constater combien, chez les paralysés récents, l'absence d'appareillage et la correction des déviations par les ligaments de soie ont favorisé la récupération fonctionnelle du membre.

Dans les pieds bots congénitaux, M. Camera emploie, pour lutter contre l'adduction de l'avant-pied, la transplantation des tendons extenseurs des 4e et 5e orteils dans le 4e métatarsien. Il en montre les bons résultats.

La séance opératoire, fort réussie, comportait : 1° une ostéotomie sous-trochantérienne ; 2° une transplantation du couturier et demi-membraneux sur la rotule pour genou paralytique ; 3° une arthrodrise postérieure pour pied équin ; 4° chez le même paralysé, pose d'un fil de soie entre le trochanter et le pubis, pour lutter contre la rotation externe du membre ; 5° raccourcissement de 5 centimètres du membre sain pour une vieille coxalgie ; 6° transplantation de l'extenseur du gros orteil dans le 1er métatarsien, et des 4e et 5e dans le 4e métatarsien pour pied creux essentiel ; 7° dans un pied creux équin, section des muscles plantaires par incision externe, résection cunéiforme dorsale et transplantations comme dans le cas précédent ; 8° pied talus paralytique, transplantation du jambier postérieur et court péronier dans l'incision du tendon d'Achille ; 9° pied bot congénital, section des fléchisseurs plantaires, libération de la base du 1er métatarsien et transplantation des 4e et 5e extenseurs sur le 4e métatarsien.

En terminant, il faut remercier chaleureusement le

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

professeur Ugo Camera et son entourage, de l'amabilité exquise avec laquelle il a su recevoir tous ceux qui venaient s'instruire près de lui. Ils en conservent tous un souvenir reconnaissant et ému.

Il faut aussi noter l'impression profonde produite par la visite de la colonie du 3 Janvier pour les enfants malingres de Turin, œuvre dont la réalisation magnifique montre l'effort considérable du gouvernement fasciste pour les œuvres sociales.

M. LANCE.

NÉCROLOGIE

SIR GEORGE BUCHANAN
1869-1936

Un grand Écossais, qui aimait la France, Sir George Buchanan, ancien président de l'Office international d'hygiène et vice-président du Comité d'hygiène de la S. D. N., vient de mourir. La presse médicale française se doit de marquer ses regrets de voir disparaître un homme qui, sur le plan de l'hygiène internationale, gardait présent à l'esprit le point de vue français quand il défendait avec un patriotisme britannique toujours en éveil une question où l'hygiène pouvait avoir une répercussion mondiale.

Il était le fils de Sir George Buchanan, un médecin hygiéniste aussi. Il avait fait ses études à Londres, puis avait passé par toutes les branches de l'activité médicale publique depuis les asiles d'aliénés à la lutte contre la variole.

Son nom fut mis en lumière au moment de l'enquête qu'il fit sur les empoisonnements épidémiques arsenicaux, démontrant le rôle de la bière mal brassée. Il fut ensuite le fondateur et le premier chef de l'inspection générale des produits alimentaires anglais et importés.

Durant la guerre il fut l'un des principaux organisateurs et directeurs des services sanitaires de l'armée sur le front Français et en Mésopotamie.

Quand vint la paix, il fut en même temps directeur général au Ministry of Health et l'animateur le plus important de la section d'hygiène de la Société des Nations et de l'Office international d'hygiène publique. C'est en grande partie grâce à lui, aidé du Surgeon general Cumming et de l'ambassadeur Barrère que fut conservé à la France et à Paris le siège de cet organisme international, aussi important sur le plan hygiénique que l'Institut international d'agriculture à Rome où le Gouvernement italien et la Ville de Rome ont donné un splendide palais à ce dernier organisme.

On peut dire que Sir George Buchanan unissait une intelligence et une finesse d'esprit frappantes à une faculté de travail, à une conscience et une clarté dans ses rapports qui ont fait de ces derniers les modèles du genre. On y trouvait, en même temps que les détails précis, l'étude générale statistique qu'il aimait à transformer en constructions graphiques, en échelles coloriées que l'on comparait à la silhouette de la cathédrale de Saint-Paul et au contour des clochers de Westminster découpés par le couchers du soleil londoniens.

Tous ceux qui, en France et de France, ont eu recours à son savoir, unique en médecine publique, savent quelle perte signifie la disparition de Sir George Buchanan pour la collaboration et l'intercompréhension franco-britanniques.

ROBERT PIERRET.

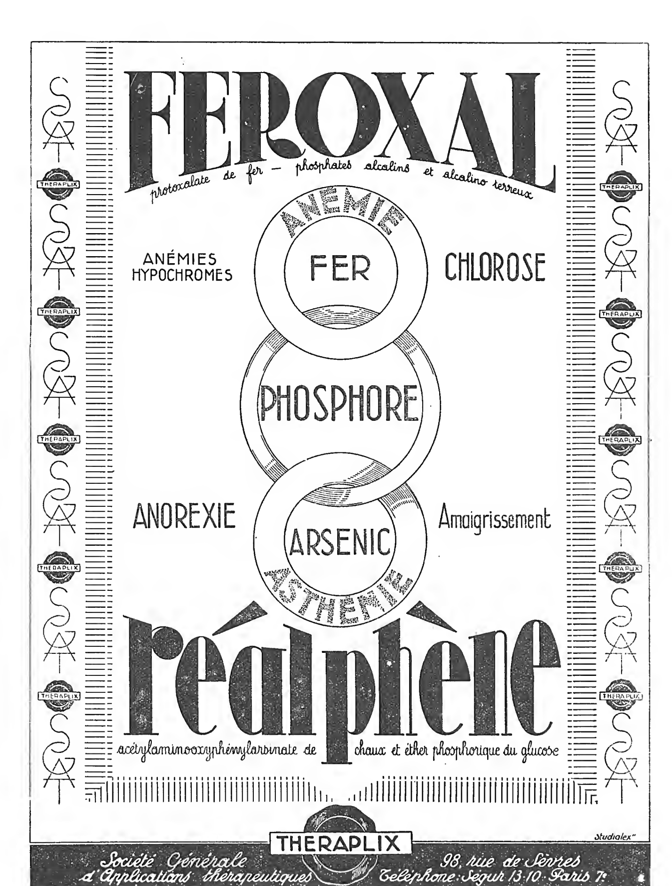
SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS
Séance du 4 décembre 1936.

Accidents nerveux graves et troubles profonds de la glycorégulation chez l'enfant. — MM. ROBERT DEBRÉ, J. MILHIT, JULIEN MARIE, D. NACHMANSOHN et P. DE FONT-RÉAULX ont observé, chez une enfant de trois ans et demi, de brusques accidents nerveux. En effet, à son réveil, l'enfant est découverte en plein coma. La perte de conscience se prolonge plusieurs heures et s'accompagne d'abolition des réflexes tendineux et d'un signe de Babinski bilatéral. En revenant à elle, l'enfant est agitée et trémulante ; puis elle retombe, à nouveau, dans une torpeur profonde. L'odeur acétonique de l'haleine attire l'attention et permet de déceler une acétonurie se traduisant par une réaction de Legal fortement positive. L'étude biologique a été poursuivie en soumettant l'enfant pendant plusieurs jours à divers régimes et en répétant les courbes de glycémie. Les auteurs ont mis ainsi en évidence un trouble profond de la glycorégulation, se traduisant, après un régime pauvre en hydrates de carbone, par une courbe du type diabétique et après un régime riche en glucides par une courbe présentant une hypoglycémie secondaire extrêmement basse (0gr,32 et 0gr,40). Pour expliquer ces faits, on peut admettre l'hypothèse d'un déséquilibre glyco-régulateur résultant d'une production d'insuline mal adaptée à son rôle de stabilisation du sucre sanguin. Tout se passe comme si la sécrétion d'insuline ne s'établissait pas suivant les besoins immédiats de l'organisme, mais d'une façon en quelque sorte routinière, suivant le rythme des jours précédents. Insuffisante quand un brusque apport hydrocarboné succède à un régime pauvre en glucides : c'est l'hyperglycémie. Exagérée quand le même apport hydrocarboné survient au cours d'un régime riche en glucides : on observe alors une hypoglycémie.

Du point de vue pratique, les auteurs insistent sur cette notion qu'il ne faut jamais se laisser guider par l'acétonurie pour prescrire l'injection d'insuline au cours des comas de l'enfant s'accompagnant d'odeur acétonique de l'haleine et d'une réaction de Legal positive dans l'urine. Il faut connaître d'abord le taux de la glycémie, souvent très abaissé dans ces faits, d'où le danger de déterminer par l'injection intempestive d'insuline, un coma hypoglycémique grave, voire parfois mortel.

L'hématexodie, processus de désintégration de l'hématie. — M. R. WAITZ (Strasbourg), sous le nom d'hématexodie, résume les caractères d'un processus de désintégration


FEROXAL
protoxalate de fer – phosphates alcalins et alcalino terreux
ANÉMIE
ANÉMIES HYPOCHROMES
FER
CHLOROSE
PHOSPHORE
ANOREXIE
ARSENIC
Amaigrissement
ASTHÉNIE
réalphène
acétylaminooxyphénylarsinate de chaux et éther phosphorique du glucose
THERAPLIX
Studialex
Société Générale d'Applications thérapeutiques
98, rue de Sèvres
Téléphone Ségur 13-10 Paris 7e

de l'hématie différent de l'hémolyse et de la globuloclasie et caractérisé par l'expulsion de substances hors de l'hématie. L'auteur projette un film de microcinématographie sur fond noir qui en montre les diverses étapes : aspect crénelé, puis épineux des hématies ; issue par les épines de granules et de filaments spirochétoïdes réfringents et incolores donnant à l'hématie un aspect de tête de Méduse. A un stade ultérieur les granules et les filaments se libèrent et présentent dans le liquide ambiant des mouvements divers. Quant aux hématies, leur contour reprend après l'expulsion des granules et des filaments un aspect circulaire, mais leur diamètre est inférieur au diamètre primitif.

L'hématexodie est facilement reproduite expérimentalement.

L'intérêt de ce phénomène est grand. Il est biologique, car l'hématexodie apporte un mode de clivage particulier de l'hématie et permet l'étude biochimique de celle-ci, — clinique puisque granules et filaments s'observent chez l'homme principalement au cours de certaines affections, leucémies, anémies, ictères, etc., dans le sang et les épanchements séreux ; ils ne doivent pas être confondus avec des formations bactériennes ou parasitaires. Enfin, il faut tenir compte de l'hématexodie dans l'appréciation de la valeur des divers sangs transfusés.

M. Troisier souligne l'intérêt de ce film qui remet à l'ordre du jour ces faits relativement connus ; ces faux spirochètes sont parfois très difficiles à reconnaître et se distinguent par leur réfringence. Ce phénomène est physiologique.

M. Mollaret souligne la fréquence de cette cause d'erreur chez l'animal inoculé dans des conditions variées. Les granules sont superposables à la prétendue *spherula insularis* décrite par miss Chevassut dans la sclérose en plaques et qui ne s'observait que lorsqu'un milieu intermédiaire contenait du sang.

M. Waitz ne pense pas que la réfringence soit un bon caractère différentiel.

Scorbut chez un sujet soumis à une intoxication benzolique professionnelle. — MM. Cathala, Bolgert et Grenet rapportent un cas de scorbut typique ayant guéri par le traitement habituel observé chez un sujet dont la carence alimentaire était des plus modérée, contrairement à la règle ; une intoxication professionnelle chronique d'origine benzolique aurait joué le rôle déclenchant.

A propos de ce cas, les auteurs insistent sur la fréquence d'une intoxication d'ordre professionnel à l'origine de nombreux syndromes sanguins observés actuellement.

Spirochétose ictéro-hémorragique avec bactériémie. Anurie précoce. Virulence du liquide céphalo-rachidien sans réaction cellulaire. Augmentation considérable de la lipidémie. Modifications dans le rapport : Cholestérol/lipides totaux du sang. — MM. P. Nicaud, M. Laudat, J. Gerbeaux et P. Paillas rapportent un cas de spirochétose ictéro-hémorragique grave ayant évolué très rapidement en dix jours.

L'anurie totale très précoce, au quatrième jour, a persisté jusqu'à la mort.

Trois hémocultures ont permis de déceler une bactériémie à bacille mobile, Gram-négatif, d'identification difficile, du groupe des Salmonella.

Il n'existait, associé aux signes de spirochétose, aucun signe de septicémie typho-paratyphique.

L'examen du liquide céphalo-rachidien ne montra aucune réaction cellulaire et pourtant le liquide céphalo-rachidien fut virulent pour le cobaye : l'inoculation du liquide céphalo-rachidien au septième jour a provoqué une spirochétose expérimentale typique, comme d'ailleurs l'inoculation du sang à la même époque.

Le séro-diagnostic, positif dans le sang, s'est montré également positif dans le liquide céphalo-rachidien, mais à un taux très inférieur, comme le fait a déjà été signalé dans des cas analogues.

Enfin le chiffre de la lipidémie s'éleva rapidement, atteignant 13gr,05 puis 18gr,75, alors que la cholestérinémie restait à 1gr,70 puis 2gr,10.

Les auteurs pensent que cette élévation de la lipidémie et cette dissociation dans le rapport de ses constituants serait plutôt due à la gravité de l'atteinte hépatique qu'à la spirochétose elle-même.

M. Brulé souligne l'intérêt de la dissociation lipides-cholestérol qui semble assez propre à la spirochétose.

Jean Lereboullet.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 novembre 1936.

L'antitoxine staphylococcique d'origine naturelle chez la souris. — MM. H. Bonnet, S. Thieffry et Mlle C. Montefiore ont cherché à déterminer si la souris blanche était capable de s'immuniser spontanément contre le staphylocoque et d'avoir dans son sang une certaine quantité d'antitoxine naturelle. En effet, l'antitoxine staphylococcique naturelle peut exister chez cet animal : pratiquement inexistante chez la souris jeune, elle peut apparaître quand l'animal vieillit, sans être cependant constante. Elle varie encore suivant les conditions d'élevage : à âge égal, l'antitoxine existe dans le sérum des souris de certains centres d'élevage, mais n'existe pas chez d'autres souris élevées dans d'autres laboratoires, dans des conditions paraissant cependant identiques.

Modifications expérimentales du pouvoir pathogène de l'amibe dysentérique. — M. R. Deschiens a vu que le pouvoir pathogène de certaines souches d'amibes dysentériques, cultivées pendant un temps prolongé dans des conditions données, peut subir une atténuation importante, le taux d'infection (20 chats inoculés par expérience) passant de 30 à 3,45 p. 100.

L'addition à une souche d'amibes peu virulente de liquide de culture provenant d'une souche très virulente, mais privé d'amibes, redresse le pouvoir pathogène.

L'addition à une souche d'amibes de virulence moyenne de corps de bacilles typhique, paratyphique A et paratyphique B tués par l'alcool-éther, redresse le pouvoir pathogène et détermine une dysenterie amibienne térébrante d'une extrême gravité. L'ensemble de ces résultats est favorable à la participation de la flore associée dans la détermination de l'amibiase.

Hémolyse de la toxine tétanique et antihémolysine. — M. E. Lemétayer, ayant étudié comparativement le pouvoir neurotoxique et le pouvoir hémolytique de la toxine tétanique, de même le pouvoir antitoxique et

anti-hémolytique des sérums d'animaux immunisés avec la toxine spécifique, conclut que la présence de l'hémolysine est sans relation avec celle du véritable poison, la tétanospasmine, et que la toxine tétanique est avant tout une neurotoxine.

Neutralisation de l'hémolysine de la toxine tétanique par les sérums normaux. — M. E. Lemétayer, étudiant 188 échantillons de sérums humains ou de 11 espèces animales diverses, leur a trouvé à tous une action neutralisante vis-à-vis de l'hémolysine tétanique. Cette antihémolysine n'est certainement pas le résultat de l'immunisation naturelle au moyen de l'antigène tétanique (avec G. Ramon, il n'a jamais trouvé d'antitoxine tétanique d'origine naturelle chez l'homme en particulier).

Sur le mécanisme de l'immunité antitoxique naturellement acquise. Nouvelle démonstration portant sur l'immunité antiricinique. — MM. G. Ramon et R. Richou montrent qu'il apparaît dans le sérum de moutons dont la ration alimentaire quotidienne est additionnée de tourteau de ricin, de l'antiricine, dont le taux augmente peu à peu.

Ces résultats confirment les notions déjà acquises sur l'immunité naturelle à l'égard des toxi-infections et mettent en évidence dans un autre domaine, celui de l'immunité vis-à-vis des toxalbumines végétales, le mécanisme de l'immunité antitoxique naturellement acquise.

Sur la présence d'antitoxine staphylococcique d'origine naturelle chez le rat, la poule et le pigeon. — M. R. Richou a recherché l'antitoxine staphylococcique d'origine naturelle chez le rat, la poule et le pigeon. Il l'a décelée à des taux divers chez certains rats et beaucoup moins fréquemment chez la poule et chez le pigeon. Ces résultats viennent confirmer combien est variable la présence et le taux de l'antitoxine staphylococcique d'origine naturelle (suivant l'espèce, la race, l'âge et les conditions de vie).

Haute gravité des morsures de la face et endoneurocytes du trijumeau. — Pour M. Manouélian, l'existence de neuromes dans les nerfs de la face et les endoneurocytes parasités peuvent expliquer la haute gravité des morsures de la face dans la rage.

Virulence des nerfs de la face au cours de la rage. — M. Manouélian a constaté que les nerfs périphériques des membres sont généralement peu virulents, parfois même avirulents, alors que les nerfs de la face contiennent beaucoup de virus, au même titre que les centres nerveux (bulbe, protubérance). En réalité, les nerfs sensitifs du trijumeau sont de vrais centres nerveux contenant des neuromes, des endoneurocytes parasités.

Sur le pouvoir prémunisant des cultures de bacilles acido-résistants à colonies lisses, isolées de cobayes neufs. — MM. J. Valtis et V. van Deinse, confirmant le travail de A. Saenz et L. Costil, trouvent que les bacilles tuberculeux du type nouveau, isolés de cobayes neufs et avirulents pour cet animal, ont, chez le cobaye, un pouvoir prémunisant qui est surtout très marqué vis-à-vis d'une infection d'épreuve par des bacilles tuberculeux de type humain d'une virulence pas trop accusée.

F.-P. Merklen.

Séance du 28 novembre 1936.

Caractères biologiques de deux souches de bacille tuberculeux type S isolés par la culture directe du sang chez de jeunes enfants morts de généralisation tuberculeuse. — M. P.-F. Armand-Delille a étudié deux souches type S de bacilles isolés de jeunes enfants tuberculeux : elles se rapprochent par leurs caractères culturaux des bacilles aviaires, mais n'en ont pas la virulence pour la poule et le lapin ; elles ont la propriété de produire chez le lapin un sérum qui donne la déviation du complément à un taux très faible en présence d'autres souches S, aviaires, humaines ou bovines.

Ultrafiltration et taille du virus rabique. — MM. Levaditi, Païc et Mlle Krassnoff ont soumis à l'ultrafiltration à travers des membranes à pores mesurables, suivant la méthode d'Elford, deux souches de virus rabique, l'une fixe, l'autre des rues et éminemment négrigène. Les dimensions trouvées, légèrement différentes, sont approximativement 0,140 à 0,210 μ pour le virus fixe, et de 0,160 à 0,240 μ pour le virus des rues. Ainsi, il ne paraît pas y avoir d'écarts considérables de taille entre une souche négrigène et une souche fixe, dont la négrigenèse est pratiquement nulle. Les éléments virulents de deux virus neurotropes (rage et poliomyélite) se comportent différemment quant à leur ultrafiltrabilité, les premiers étant plus petits que les seconds (0,008 à 0,012 μ, contre 0,160 à 0,240 μ).

Variation du pouvoir infectant d'un virus de souris en fonction du régime. — M. Paul Giroud montre que les variations de l'alimentation peuvent déterminer des modifications d'un facteur pathogène dans un organisme spontanément infecté, même chez un animal assez résistant aux carences et en particulier à la carence C : chez la souris porteur spontané d'un virus inapparent un régime sans verdure peut conférer au cerveau un pouvoir pathogène pour le cobaye. Ces faits démontrent une fois de plus l'importance du facteur alimentaire dans le domaine pathologique.

Influence du débit gazeux sur les courbes de passage utéro-tubaire chez la femme. — M. R. Palmer, en utilisant successivement des débits de 20 centimètres cubes et de 5 centimètres cubes à la minute, a constaté que l'amplitude des oscillations de la courbe de passage utéro-tubaire du gaz injecté décroît, mais que leur nombre reste sensiblement le même (5 à 10 par minute), ce qui fait penser à un phénomène musculaire rythmé. Aux débits employés, le gaz ne passe pas du tout pendant les phases ascendantes de la courbe : il s'agit donc de relâchement périodique de la trompe ou des fibres utérines qui entourent sa portion interstitielle.

Action retardante exercée par des injections sous-cutanées de stéarate, de palmitate ou de laurate d'éthyle sur l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye. — MM. L. Nègre, A. Berthelot et J. Bretey ont constaté que des injections sous-cutanées bihebdomadaire de $0^{cc},5$ de stéarate, de palmitate ou de laurate d'éthyle à des cobayes qu'on vient de tuberculiser ralentissent l'évolution de leurs lésions.

Élection. — M. Sannié est élu par 50 voix membre de la Société de biologie.

F.-P. Merklen.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET D'HYGIÈNE TROPICALES

Séance du 29 octobre 1936.

M. TANON présente à la société deux très intéressants rapports du service antipaludique du Maroc ; l'un intitulé : *Les prophylaxies médicamenteuses du paludisme*, par MM. GAUD, SICAULT et MESSERLIN ; l'autre : *Paludisme et lutte antipaludique au Maroc*, par MM. GAUD et SICAULT. Il insiste sur l'importance des renseignements qu'on y trouve sur ce sujet.

Contribution à l'étude du traitement du bouton d'Alep, ou bouton d'un an, clou de Biskra. de Gafsa, du Nil, du Caire, ou Tropical Sore, par le perchlorure de fer. — M. E. QUEMENER, médecin lieutenant-colonel des troupes coloniales, montre quelle est la fréquence du bouton d'Alep. Les traitements préconisés sont nombreux. Les pommades à base de bleu de méthylèae, a l'antimosane, l'opodermyl, le métavaccin sont utiles contre les infections secondaires. Les pommades à l'acide arsénieux demandent des soins méticuleux et déterminent une forte réaction locale. Le synectol a donné, comme l'ambrine, des résultats encourageants. La cryo-cautérisation est très efficace, mais elle nécessite, comme aussi l'électro-coagulation, un appareillage spéciale. Le chlorure d'éthyle est à conseiller.

Le traitement par les sels d'antimoine est l'un des meilleurs. Les injections intraveineuses d'émétique demandent un personnel exercé et sont suivies de fortes réactions. On aaussi expérimenté le stibial, le néostibosan, la fouadine, l'anthiomaline. Ces deux derniers produits ont donné de bons effets.

Enfin, le perchlorure de fer à 25 p. 100 présente des avantages certains : faible prix de revient, application facile, même par un personnel non exercé, pas d'outillage spécial. Il suffit d'enlever la croûte, de badigeonner la plaie, surtout les bords, avec la solution de perchlorure tous les deux ou trois jours, et d'appliquer un pansement. On hâte la guérison en associant le traitement au perchlorure à l'anthiomaline, ou au métavaccin, ou encore à l'opodermyl.

M. TANON insiste sur l'opportunité de combiner le traitement général à l'anthiomaline avec le traitement local au perchlorure.

M. le médecin général inspecteur BOYÉ conseille l'emploi de la neige carbonique, ou à défaut le chlorure d'éthyle qui est, toutefois, moins efficace, et l'emploi simultané de l'anthiomaline.

Considérations sur la thérapeutique rationnelle du paludisme. — M. TEMKINE expose que l'emploi de la quinine est universellement admis, mais que son mode d'emploi est souvent mal compris. Le traitement doit être précoce, intensif et parentéral ; il satisfait ainsi à l'hygiène individuelle et à l'hygiène publique, car il hâte la destruction des parasites dans le sang et restreint ainsi les sources de contamination. Les données de l'immuno-biologie sont aussi en faveur de cette idée.

Les injections intramusculaires de quinine ne provoquent pas d'accidents si elles sont faites de façon rationnelle.

M. TANON fait remarquer que ce travail constitue un plaidoyer en faveur de la quinine. Néanmoins, pour détruire les gamètes, il faut un traitement plus énergique.

M. le médecin général inspecteur BOYÉ préconise dans ce but des médicaments comme la praéquine.

Recherches sur l'action de l'antimonio-thiomalate de lithium dans la bilharziose vésicale (Bilharzia hematobium) à l'Alexandrie d'Egypte en 1936. — Mme ANGÉLIQUE PANAYOTATOU a employé l'anthiomaline pour la première fois à Alexandrie, chez 12 enfants et dont le diagnostic fut confirmé par le laboratoire. Dès la quatrième injection, on ne pouvait plus déceler d'œufs vivants de Schistosoma dans les urines. Les injections sont bien supportées. La tolérance vis-à-vis du médicament peut aujourd'hui être scientifiquement contrôlée par la réaction de Kholil Bey, du Caire, qui permet de suivre l'élimination de l'antimoine par les urines.

La posologie a été la suivante : en moyenne sept injections, avec une solution à 6 p. 100, La première injection de 1 centimètre cube, les deuxième, troisième, quatrième injections de 2 centimètres cubes, les suivantes, de 3 centimètres cubes.

Ces doses auraient avantage à être augmentées chez les adultes et, après deux injections de 2 centimètres cubes, on pourrait faire deux injections de 3 centimètres cubes et les autres de 4 centimètres cubes.

M. le médecin général inspecteur BOYÉ insiste sur la nécessité d'employer des doses suffisamment fortes pour éviter la stibio-résistance. Il faut suivre les malades, en raison de rechutes possibles, de réinfections fréquentes. Des observations faites sur des tirailleurs sénégalais à la Rochelle, où il n'y avait pas de réinfection possible, ont été à cet égard fort instructives.

Les eaux minérales en Perse. — M. HORAVI expose combien la Perse est riche en sources thermales. Elles sont situées principalement dans le nord et le sud-ouest de l'Iran. Certaines sont situées à une altitude élevée, et joignent ainsi leur pouvoir hydrominéral à leur influence climatique.

Les sources d'Ask, chrlorurées sodiques et faiblement bicarbonatées calcaires, sont utilisables dans les dyspepsies, le lymphatisme, etc.

Les sources de la Lira, bicarbonatées, sont indiquées dans les dyspepsies, la gravelle. Il indique les stations de France auxquelles correspondent ces eaux, comme aussi celles de Vahneh, d'Amarat.

Les eaux de Dinglékarize conviennent aux dyspepsies douloureuses ; elles sont comparables à Pougues.

Les sources de Babagorgos sont chlorurées sodiques et peuvent être employées en bains (anémie, scrofule), en douches vaginales.

Il passe ainsi en revue toutes les sources qui pourraient être utilisées par la thérapeutique.

M. NEVEU expose que ces sources ne sont pas encore suffisamment exploitées. Des périmètres de protection sont nécessaires.

M. NEVEU-LEMAIRE a pu constater par lui-même qu'un effort avait été fait, en Perse, dans ce sens.

PIERRE SÉE.

NOUVELLES

Cours de pathologie expérimentale et comparée. — Professeur : M. Noël Fiessinger.

I. *Cours du professeur.* — Le cours de M. Fiessinger, professeur de pathologie expérimentale et comparée, a lieu au petit amphithéâtre de la Faculté, à 18 heures.

Objet du cours. — *Les explorations fonctionnelles,*

II. *Conférences de pathologie comparée.* — Le samedi, à 18 heures, au petit amphithéâtre, M. L. Panisset, professeur à l'École nationale vétérinaire d'Alfort, et M. le Dr L. Bory, ancien chef de clinique à la Faculté, font une série de conférences concernant la pathologie comparée.

Professeur L. Panisset. — I. Tuberculoses animales. — II. Rage. — III. Charbon. — IV. Brucelloses.

Dr Louis Bory. — *Dermato-vénéréologie comparée.* I. La vénéréologie comparée. — II. Notions de dermatologie comparée. — III. Les maladies des vétérinaires. — IV. Quelques questions de pathologie générale comparée : les ictères, les épilepsies animales, les tumeurs et pseudo-tumeurs. — V. Introduction à l'étude de la physio-pathologie. Les maladies des plantes et leur intérêt pour l'étude des maladies humaines et animales.

Une visite scientifique sera faite à l'École vétérinaire d'Alfort.

Clinique chirurgicale de la Faculté (hôpital Cochin). — M. le professeur Ch. Lenormant a commencé son cours de clinique chirurgicale, et le continue les jeudis et mardis, à 10 heures du matin.

Programme de l'enseignement. — *Mardi et jeudi*, à 10 heures. — Leçon clinique avec présentation de malades

Lundi et vendredi. — Opérations.

Mercredi et samedi. — Visite dans les salles.

Enseignement complémentaire. — Leçons de séméiologie et thérapeutique chirurgicales avec démonstrations pratiques, par MM. Wilmoth et Ménégaux, agrégés; Calvet et Pergola, chefs de clinique ; Monchet, ancien chef de clinique, les lundis, mercredis, vendredis et samedis, à 9 h. 30.

Laboratoire de bactériologie. — Le professeur Robert Debré, assisté du Dr Henri Bonnet, chef des travaux, fait avec la collaboration de plusieurs professeurs un cours complémentaire de bactériologie pendant les mois de décembre 1936, janvier, février et mars 1937. Ce cours à lieu les mardis, mercredis, vendredis et lundis, à 14 h. Il s'adresse aux médecins, aux internes des hôpitaux, aux étudiants en fin de scolarité. Chaque séance comprendra un exposé théorique et des manipulations. Le programme complet sera publié ultérieurement. Les inscriptions sont reçues dès maintenant au laboratoire.

Lois sociales (Chaire de médecine légale) (**Accidents du travail et maladies professionnelles, Pensions aux mutilés de guerre, Assurances sociales, Assistance médicale gratuite**). — Des conférences seront faites pendant le semestre d'hiver sous la direction de M. le professeur Balthazard, tous les jeudis, à 18 heures, au grand amphithéâtre. Elles porteront sur les accidents du travail, les maladies professionnelles, les assurances sociales et l'assistance médicale gratuite.

17 *Décembre.* — M. Henri Claude : Psychoses et névroses traumatiques.

7 *Janvier.* — M. Gougerot : Syphilis et affections cutanées dans leurs rapports avec les accidents du travail.

14 *Janvier.* — M. Piédelièvre : Tuberculose pulmonaire et tuberculoses chirurgicales et accidents du travail.

21 *Janvier.* — M. Rathery : Traumatisme et diabète.

28 *Janvier.* — M. Coste : Arthrites et rhumatismes dans leurs rapports avec les traumatismes.

4 *Février.* — M. Belot : Applications de la radiographie aux accidents du travail.

11 *Février.* — M. Duvoir : La loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles.

18 *Février.* — M. Desoille : Assurances sociales (loi du 5 avril 1928), assistance médicale gratuite (loi du 15 juillet 1893), pensions aux mutilés de guerre

Enseignement pratique. — Un enseignement pratique, comportant l'examen d'ouvriers victimes d'accidents du travail, aura lieu tous les mercredis, à 15 heures, à l'Institut médico-légal, place Mazas, sous la direction de M. le professeur Balthazard, à partir du 6 janvier 1937.

Cours de psychiatrie médico-légale élémentaire. — Le professeur Laignel-Lavastine a commencé son cours à la Faculté de droit le jeudi 10 décembre 1936, à 11 heures, amphithéâtre n° 3, et le continue tous les jeudis à la même heure.

Programme du cours. — 17 *Décembre.* — Capacité pénale.

7 *Janvier* 1937. — Réaction antisociales des alcooliques.

14 *Janvier.* — Réactions antisociales des toxicomanes.

21 *Janvier.* — Réactions antisociales des déments.

28 *Janvier.* — Réactions antisociales des délirants.

4 *Février.* — Réactions antisociales des déséquilibrés.

11 *Février.* — L'homicide pathologique.

18 *Février.* — Limites du vol morbide.

25 *Février.* — Attentats aux mœurs.

11 *Mars.* — Criminalité juvénile, militaire et coloniale.

Chaire de thérapeutique. — Professeur : M. Paul Harvier.

1° Cours de thérapeutique. — M. le professeur Paul Harvier a commencé son cours et le continue les mercredis et vendredis, à 17 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté.

Sujet. — *L'art de prescrire.* — *Les médications symptomatiques.*

2° Conférences de thérapeutique. — M. le Dr R. Turpin, agrégé, fait ses conférences les mardis, jeudis et samedis, à 16 heures, au même amphithéâtre.

Sujet. — *Médications générales* : antimicrobiennes, antiseptiques, antiparasitaires.

Médications des maladies de la nutrition. Opothérapie.

3° Cours spéciaux. — Des cours spéciaux sur la *physiothérapie*, la *diététique* et la *thérapeutique dermatologique*, a lieu les vendredis et samedis.

L'annonce suivante en indique le programme détaillé.

Chaire de thérapeutique. — Professeur : M. Paul Harvier. — Cours spéciaux sur la *physiothérapie*, la *diététique* et la *thérapeutique dermatologique* (Grand amphithéatre de la Faculté.

NOUVELLES *(Suite)*

Samedi 12 Décembre. — 16 heures. Dr L. Mallet, électroradiologiste de l'hôpital Tenon : Radiothérapie des néoplasmes viscéraux.

Vendredi 18 décembre. — 17 heures. Dr P. Gibert, électroradiologiste des hôpitaux : Physiothérapie des affections gynécologiques.

Samedi 19 Décembre. — 16 heures. Dr R. Brunet, assistant de radiologie des hôpitaux : Physiothérapie des maladies des glandes endocrines.

Vendredi 8 Janvier. — 17 heures. Dr P. Duhem, électroradiologiste des Enfants-Malades : Electroradiothérapie des maladies du système nerveux.

Samedi 9 Janvier. — 16 heures. Dr L. Delherm, électroradiologiste de la Pitié : Physiothérapie des algies.

Vendredi 15 Janvier. — 17 heures. Dr J. Belot, électroradiologiste de l'hôpital Saint-Louis : Physiothérapie des affections cutanées.

Samedi 16 Janvier. — 16 heures. Dr Turpin, agrégé : Alimentation du nourrisson normal.

Vendredi 22 janvier. — 17 heures. Dr Turpin, agrégé : Alimentation du nourrisson normal (*suite*).

Samedi 23 Janvier. — 16 heures. Dr J. Huber, médecin de l'hôpital Ambroise Paré : Sevrage et alimentation après le sevrage.

Vendredi 29 Janvier. — 17 heures. Dr E. Lesné, médecin de l'hôpital Trousseau : Régime des affections gastro-intestinales du nourrisson.

Samedi 30 Janvier. — 16 heures. Dr J. Decourt, médecin des hôpitaux : Traitement de l'anaphylaxie d'origine alimentaire.

Vendredi 5 Février. — 17 heures. Dr Bariéty, agrégé : Traitement des avitaminoses.

Samedi 6 Février. — 16 heures. Dr G. Milian, médecin de l'hôpital Saint-Louis : Traitement des infections cutanées.

Vendredi 12 Février. — 17 heures. Dr G. Milian, médecin de l'hôpital Saint-Louis : Traitement des infections cutanées (*suite*).

Samedi 13 Février. — 16 heures. Dr R. Degos, médecin des hôpitaux : Thérapeutique externe des dermatoses.

Vendredi 19 Février. — 17 heures. Dr P. Chevallier, agrégé : Traitement des prurits.

Samedi 20 Février. — 16 heures. Dr Sézary, agrégé : Traitement de l'eczéma.

Hygiène et clinique de la première enfance (Clinique Parrot) : M. le professeur P. Lereboullet. — Mercredi 23, à 11 heures. Professeur Lereboullet : Leçon clinique avec présentation de malades.

Thèses de la Faculté de médecine de Paris. — 8 *Décembre.* — M. Lacherrère, Le forage des épiphyses. — M. Girard, Etude de la salpingite après accouchement. — M. Marteil, De l'hystérectomie vaginale dans le cancer du col de l'utérus.

10 *Décembre.* — M. Sauvage, Les aspects pseudo-tuberculeux du poumon cardiaque. — M. Herscovici, Le chancre syphilitique, accident professionnel du médecin et de ses collaborateurs. — Mlle Kisselevsky, Achromies parasitaires.

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

12 Décembre. — *Paris.* Hôtel-Dieu, clinique médicale, 10 h. 30. M. le professeur Carnot : Leçon clinique.

12 Décembre. — *Paris.* Clinique obstétricale Tarnier, 10 h. 30. M. le professeur Brindeau : Leçon clinique.

12 Décembre. — *Paris.* Hôtel-Dieu, clinique chirurgicale, 10 heures. M. le professeur Cunéo : Leçon clinique.

12 Décembre. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades, clinique de médecine infantile, 9 heures. M. le professeur Nobécourt : Leçon clinique.

12 Décembre. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades, clinique chirurgicale infantile, 10 h. 30. M. le professeur Ombrédanne : Leçon clinique.

12 Décembre. — *Paris.* Hôpital Cochin, clinique orthopédique, 10 heures, M. le professeur Mathieu : Leçon clinique.

12 Décembre. — *Paris.* Hôpital de la Pitié. Conférence sur le diabète, destinée aux internes des hôpitaux. M. Rathery : Le coma diabétique et le coma insulinique ; diagnostic et traitement.

13 Décembre. — *Paris.* Asile Sainte-Anne, clinique des maladies mentales, 10 h. 30. M. le professeur Claude : Leçon clinique.

DERNIÈRES NOUVELLES

Nécrologie

Le Dr Emile Emery, médecin honoraire de Saint-Lazare, officier de la Légion d'honneur. — Mme le Dr Jacquin-Chatellier (de Paris). — Le Dr Jean Cornillon (de Vichy). — Le Dr Charles Schott (de Chicago), pédiatre au Children's Memorial Hospital.— Le Dr Médéric Sacleux (de la Bassée). — Le Pr Julius Tandler (de Vienne). — Le Dr René Bernard (de Liége). — Le Dr Despériès (de Millau). — Le Dr Pierre Boulan (de Paris). — Le Dr L. Malsac (de Lasalle, Gard). — Le Dr Julien Costantin, professeur au Museum, membre de l'Académie des sciences.

Mariages

Mlle Marguerite-Marie Berthet, fille de M. le Dr Georges Berthet, chevalier de la Légion d'honneur, et M. Jacques le Thierry d'Ennequin, docteur en droit. -- Mlle Jacqueline Le Roy des Barres, fille de M. le Dr Le Roy des Barres, directeur de la Maison de santé d'Epinay, et de Madame Le Roy des Barres, née Tarius, et M. Francis Dupuy.

Hôpitaux de Paris

Concours de stomatologiste des hôpitaux. — Admissibilité. — *Epreuve théorique.* Ont obtenu : MM. Bornet, 19; Cauhépé, 28; Friez, 18; Gencel, 20; Maleplate, 19; Marie, 25; Mesnards, 13; Vrasse, 12.

Composition écrite générale. — Ont obtenu : MM. Bornet, 16; Cauhépé, 12; Friez, 18; Gencel, 11; Maleplate, 10; Marie, 17; Mesnards, 10; Vrasse, 19.

Composition écrite dentaire. — Ont obtenu : MM. Bornet, 13; Cauhépé, 12; Friez, 14; Gencel, 16; Maleplate, 12; Marie, 14; Mesnards, 14; Vrasse, 12.

Total des points obtenus : MM. Bornet, 48; Cauhépé, 52; Friez, 50; Gencel, 47; Maleplate; 41; Marie, 56; Mesnards, 37; Vrasse, 43.

Admissibles : MM. Marie, Cauhépé, Friez, Bornet.

Nomination. — *Epreuve orale théorique.* — Question donnée : Causes, prophylaxie et traitement de l'hémorragie consécutive à l'avulsion dentaire.

Ont obtenu : MM. Bornet, 13; Cauhépé, 16; Friez, 15; Marie, 19.

Concours d'électro-radiologiste. — *Total des points obtenus :* MM. Cadet, 30; Duchamp, 42; Guillaumont, 40; Lamy, 41; Le Camus, 40; Le Canuet, 38; Monmignault, 45; Pizon, 46; Simon, 29.

Sont proposés assistants d'électro-radiologie : MM. Pizon, Monmignault, Duchamp, Lamy, Guillaumont, Le Camus, Le Canuet.

Clinique chirurgicale de la Salpêtrière (Pr A Gosset). — Deux places d'assistants libres sont actuellement vacantes à la consultation de Gastro-entérologie. Les médecins que ces postes intéresseraient sont priés de vouloir bien écrire au Dr R.-A. Gutmann, hospice de la Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital, Paris.

Faculté de médecine de Paris

Concours de clinicat. — Des concours pour les emplois vacants de chef de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, le jeudi 17 décembre 1936, à 9 heures 30 du matin, pour les clinicats suivants :

Clinicat de la tuberculose, 2 titulaires sans indemnité.

Clinicat cardiologique, 1 titulaire avec indemnité et 3 titulaires sans indemnité.

Conditions du concours. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, tous les jours, de 14 à 16 heures, jusqu'au mardi 15 décembre inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine de nationalité française. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine.

Faculté de médecine de Montpellier

Prix décernés en 1936. — 1° Prix de fin d'année.— *1re année.* — Mention honorable : M. Benezech.

4e année. — Prix : M. Drouhet. Mention très honorable : M. Souchon.

5e année. — Prix : M. Péguret. Mention très honorable : M. Navatel.

2° Prix Bouisson. — MM. Jean-Marie Bert, Maurice Cadilhac, Jean Cadéras de Kerleau, Jean Balmès, Jules Zakhajm, Albert Diacono, Henri Beneau.

3° Prix de thèse. — Prix Fontaine : MM. Bert et Seigneurin.

Prix de Faculté (Médaille) : Mlle Labraque-Bordenave, MM. Balmès, Mas, Mialhe (qui bénéficient d'une subvention de *Montpellier médical*). — MM. Arnal, Benau, Cadéras de Kerleau, Carrière, Diacono, Gaber, Maury, Valdeyron. — Mention très honorable : MM. Dominic, Djamchidi, Pierre Lafon, Sagols, Viguier.

4° Prix du 20 Congrès de médecine : M. Paul Seintein.

5° Bourse Pierre Faurie : Mlles Vinon et Portes.

Faculté de médecine de Nancy

Est chargé des fonctions ci-après, pendant l'année universitaire 1936-1937 :

Institut dentaire — Directeur : M. Armand Rosenthal.

Ecole de médecine de Poitiers

Un concours pour l'emploi de chef de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Poitiers s'ouvrira le lundi 11 janvier 1937.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté, au plus tard, un mois avant la date du concours.

Ecole de médecine de Tours

Les nouveaux laboratoires de l'Ecole de médecine de Tours seront inaugurés le dimanche 13 décembre 1936, à 11 heures, sous la présidence de M. le ministre de l'Education nationale.

Cette inauguration sera suivie d'un déjeuner et d'une séance académique qui se tiendra à 15 heures, à l'Hôtel-de-Ville, sous la présidence de M. le minisnistre de l'Education nationale.

Hôpitaux de Lille

Concours de l'externat (Faculté de l'Etat). — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Verhaeghe, Renard, Mlle Lefebvre, MM. Alizon, Salembier, Foucart, Vermesch (H.), Mention, Desruelles, Schaepelynck, Tricart, Delemotte, Balizeaux, Leborgne, Delvallet, Darras, Vanderbercq, Raoult, Vanderhaghen, Olivier et Marcelle.

Sont proposés comme remplaçants d'externes : MM. Menez, Grumelart, Gaercmynck, Vuillemot, Hentgès (R.).

Académie de médecine

Prix décernés en 1936. — Prix Alvarenga de Piauhy (1.200 francs). — M. Sotirios B. Briskas, à Paris.

Prix Amussat (1.500 francs). — M. le Dr Barthélemy, de Nancy.

Prix Apostoli (1.000 francs). — MM. Halphen et Auclair, de Paris.

Prix Argut (800 francs). — M. le Dr Jean Cottet, de Paris.

Prix François Audiffred (Un titre de rente de 24.000 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde sur les arrérages du prix et à titre d'encouragement les subventions suivantes : M. Jacques Delarue, de Paris, 5.000 fr.; M. André Meyer, de Paris, 4.000 francs; M. Bretey, de Bellevue (Seine-et-Oise), 3.000 francs; MM. Macheboeuf et Dieryck, de Paris, 3.000 francs.

Prix Baillarger (2.500 francs). — M. Daumezon, de Paris.

Prix du Baron Barbier (2.500 francs). — M. le Dr Gajdos, de Paris, 1.000 francs, et Mlle le Dr Marie-Thérèse Comby, de Paris, 1.500 francs.

Prix Berraute (Un titre de rente 3 0/0 de 3.092 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix. Elle partage les arrérages disponibles entre M. Thomas, de Paris, 1.546 francs, et MM. Troisier et Sifferlen, de Paris, 773 francs à chacun.

Prix Charles Boullard (2.000 francs). — M. le Dr Covaciu-Ulmeanu, de Paris.

Prix Boulongne (6.000 francs). — M. le Dr Bernard-Ménétrel, de Paris.

Prix Bourceret (1.200 francs). (Circulation du sang, schéma nouveau). — M. le Dr Chauvois, de Paris.

Prix Jules Brault (5.000 francs). — L'Académie partage le prix entre : 1° M. le Dr Jean Hesse, 3.000 francs; 2° M. le Dr André Maurice, de Paris, 1.000 francs, et 3° M. le Dr Lipstein, de Paris, 1.000 francs.

Prix *Henri* Buignet (1.600 francs). — M. le Dr Tanret, de Paris.

Prix Cailleret (500 francs). — M. le Dr Carel, de Paris.

PRIX CAMPBELL-DUPIERRIS (3.000 francs). — M. le Dr Jean Régnier, de Paris.

PRIX CAPURON (2.000 francs). — M. le Dr E. David, à Salies-de-Béarn.

PRIX MARIE-CHEVALLIER (9.000 francs). — MM. les Docteurs Mignot et Mollard, de Paris.

PRIX CHEVILLON (3.000 francs). — Mme le Dr Jeanne Delon.

PRIX CLARENS (500 francs). — M. Guillaume, de Strasbourg.

PRIX DU Dr EMILE COMBE (3.000 francs). — MM. les Professeurs Cornil et Mosinger, de Marseille.

PRIX DE LA FONDATION DAY (deux titres de rente de 3.000 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde sur les arrérages du prix et à titre d'encouragement une somme de 6.000 francs à la Ligue nationale contre l'alcoolisme, dont le siège social est à Paris.

PRIX DESPORTES (1.500 francs). — L'Académie partage le prix entre M. le Dr Cohen, de Paris, 1.000 francs, et M. Dumesnil, de Paris, 500 francs.

PRIX GEORGES DIEULAFOY (2.000 francs). — M. le Dr André Bosquet, de Paris.

FONDATION FERDINAND DREYFOUS (1.400 francs). — Les arrérages sont attribués à M. Daniel Mahoudeau, de Paris.

PRIX ERNEST GAUCHER (1.800 francs). — Mme le Dr Amy Bernard-Pichon, de Paris.

PRIX GODARD (1.000 francs). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Anglade, de Paris. Elle décerne une mention honorable à M. le Dr J.-J. Gillon, de Paris.

PRIX GUÉRÊTIN (1.500 francs). — MM. Marchal et Mallet, de Paris; M. le Dr François Joly, de Paris; M. le Dr Marcel Meyer, de Strasbourg.

PRIX GUILLAUMET (1.500 francs). — Mme le Dr Lièvre, de Paris.

PRIX THÉODORE-GUINCHARD (8.000 francs). — M. le Dr Poulain, de Saint-Etienne.

PRIX GUZMAN (un titre de rente de 2.500 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle attribue les arrérages disponibles à M. le Dr Patey, en mission à Tokio.

PRIX CATHERINE HADOT (3.600 francs. — M. Fiehrer, du Kremlin-Bicêtre, 2.400 francs; M. Jacquelin, de Paris, 1.200 francs.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève) (3.000 fr.). — MM. Marinesco et Kreindler, de la Faculté de médecine de Bucarest.

PRIX DU COMTE HUGO (1.000 francs). — M. Piéry, de Lyon; M. Roshem, de Cannes.

PRIX ITARD (2.400 francs). — M. le Dr Jules Comby, de Paris.

PRIX LABORIE (8.000 francs). — M. le Dr Roger Couvelaire, de Paris.

PRIX DU BARON LARREY (500 francs). — M. le capitaine Mayonade, d'Amiens.

FONDATION LAVAL (1.200 francs). M. Ristelhueber, externe des hôpitaux.

PRIX LEVEAU (2.000 francs). — MM. Vallery-Radot et Hamburger, de Paris.

PRIX CLOTILDE LIARD (5.000 francs). — Mme le Dr Zagdoun-Valentin, de Paris.

PRIX MAGITOT (1.000 francs). — Mlle Thierry, de Paris.

PRIX MAGNAN (3.500 francs). — M. Jean Dublineau, d'Armentières.

PRIX A.-J. MARMOTTAN (100.000 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix. Elle attribue, à titre d'encouragement, une somme de 4.000 fr., prélevée sur les arrérages de la Fondation, au Dr Jean Bernard, de Paris.

PRIX A.-J. MARTIN (1.000 francs). — M. le Dr Champsaur, de Paris.

PRIX MERVILLE (1.800 francs). — Mme Denise Pierre-Bourgeois, de Paris.

PRIX GEORGES MERZBAC (12.000 francs). — MM. le médecin général Jullien, le médecin lieutenant-colonel Sieur et le médecin capitaine Dutrey, du Mans.

PRIX MEYNOT (3.000 francs). — M. le Dr Alain Gaston, de Paris.

PRIX MONBINNE (1.500 francs). — M. Bacq, de Liége, 1.000 francs, et M. Mouchet, de Stamboul, 500 francs.

PRIX ORFILA (3.000 francs). — M. Roger Coquoin, de Paris.

PRIX OULMONT (1.000 francs). — M. Mialaret, de Paris.

PRIX PANNETIER (4.000 francs). — MM. Chevalier Jackson, Chevalier L. Jackson, de Philadelphie, et Jacques Vialle, de Nice.

PRIX POTAIN (2.400 francs). — MM. les Drs Courtois-Suffit et Zedet.

PRIX POURAT (1.500 francs). — M. le Dr Schriever, de Paris.

PRIX REDARD (5.000 francs). — M. le Dr Putti, de Bologne.

PRIX RICAUX (diabète) (5.000 francs). — M. le Dr Valdiguié, de Toulouse.

PRIX RICAUX (tuberculose) (5.000 francs). — L'Académie décerne le titre de lauréat aux candidats dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages de la façon ci-après : M. le Dr Berthet, de Grenoble, 2.500 francs; M. le Dr Nico, de Courbevoie, 2.500 francs.

PRIX ROBIN (600 francs). — M. Léonardon, d'Angers.

PRIX SABATIER (600 francs). — M. le Dr Lucien Dermer, de Saint-Denis.

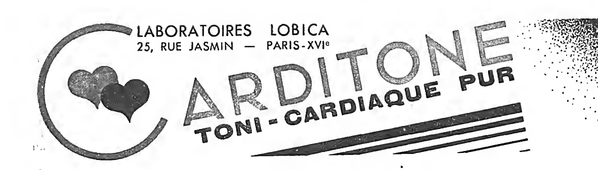
PRIX SAINTOUR (5.000 francs). — M. Bessemans, de Gand.

PRIX STANSKI (1.500 francs). — M. Berthelot et Mlle Amoureux, de Paris.

PRIX TARNIER (4.000 francs). — L'Académie attribue le prix à Mlle Kourilsky, de Paris. Elle accorde une mention honorable à MM. les Drs Courtois et Lecocq, de Saint-Germain-en-Laye.

PRIX VAUTRIN-GEORGE (1.000 francs). — MM. Marchal et Jaubert, de Paris.

PRIX VERNOIS (800 francs). — L'Académie décerne le titre de lauréat du prix aux auteurs dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages de la façon suivante : M. Lamy, de Melun, 200 fr.; MM. Lafenêtre et Dedieu, de Montpellier, 300 fr.; M. le Dr Feil, de Paris, 300 francs.



DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Sanatoriums Calmette à Villiers-sur-Marne (Aisne) et Emile Roux à Arnières près d'Evreux (Eure)

Un concours sur titres et sur épreuves est ouvert en vue d'établir une liste d'aptitude, pour deux médecins, aux fonctions de médecin des sanatoriums de la Renaissance sanitaire, valable pour l'année 1937.

Le traitement de début est fixé à 30.000 francs auquel s'ajoute le bénéfice des avantages suivants : participation de 5 % à l'assurance-vieillesse, indemnité de charges de famille, logement, éclairage, chauffage et blanchissage pour le médecin et sa famille, possibilité de se procurer les vivres au prix d'achat de l'établissement.

Les candidats doivent être âgés de moins de 40 ans au 1er janvier 1937, être de nationalité française.

Les demandes sont reçues jusqu'au 31 décembre. Adresser la correspondance à M. le médecin-inspecteur des Etablissements de la Renaissance, 23, rue du Renard. Paris.

Service de santé militaire

Par décret du 1er décembre 1936, les élèves de l'Ecole du Service de santé ci-après désignés, sont nommés au grade de médecin sous-lieutenant :

M. Thillard (Paul-Jean-Bertrand-Antoine-Pierre), reçu docteur en médecine le 3 novembre 1936.

MM. Gaubens (Jean-Eugène-Gabriel); Lapierre (Robert-Ahmed); Lecoz (Godefroy-Raoul-Charles-Ernest); Robet (Charles-Louis-Antoine-Marie); Sémat (Paul-Honoré), reçus docteurs en médecine le 5 novembre 1936.

M. Lagier (Robert-Henri), reçu docteur en médecine le 6 novembre 1936.

MM. Darroze (Roger-René-Ernest-Léonce); Lacave (Jean-Rémi-Laurent); Mignot (André-Louis-Pierre), reçus docteurs en médecine le 7 novembre 1936.

MM. Chaix (Jean-Marie-Joseph-Auguste); Morvan (Roger-Albert); Raynal (Jean-Marie-Antoine), reçus docteurs en médecine le 9 novembre 1936.

MM. Bernes (Jean-Germain); Chopis (Pierre-Jean-Henri-Marie), reçus docteurs en médecine le 12 novembre 1936.

M. Leclercq (Joseph-Jean-Marie-Henri), reçu docteur en médecine le 13 novembre 1936.

MM. Causse (Jean-Etienne-Paul); Steiger (Eugène-Joseph-René), reçus docteurs en médecine le 14 novembre 1936.

MM. Mougenot (Jean-Marie-Edmond-Eugène-Amédée); Sarrouy (Raymond-Pierre-Albert), reçus docteurs en médecine le 16 novembre 1936.

MM. Aubert (Louis-Paul-Marius); Caillard (Pierre-Marie-Louis), reçus docteurs en médecine le 17 novembre 1936.

MM. Nouaille (Pierre-Etienne); Vallée (Marcel-Maurice-François), reçus docteurs en médecine le 18 novembre 1936.

M. Grossetête (Gilbert-Maxime-René), reçu docteur en médecine le 19 novembre 1936.

MM. Binet (Yves-Paul); Courtial (André-Firmin-Alfred), reçus docteurs en médecine le 20 novembre 1936.

MM. Bazeille (Pierre-Maurice-Bernard-Joseph); Bouquet (René-Jean); Bouzonie (Jean-André), reçus docteurs en médecine le 24 novembre 1936.

Société de stomatologie de Paris

En raison des fêtes de Noël, la prochaine séance de la Société aura lieu le mardi 15 décembre.

Conférence médicale de l'Hôtel Chambon

95, rue du Cherche-Midi

La prochaine conférence sera donnée le mercredi 16 décembre, à 21 heures, dans la grande salle des conférences de l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi.

Elle sera présidée par M. le Pr Germain, directeur du Museum national d'histoire naturelle, et sera faite par M. le Dr J. Tissot, professeur de physiologie générale au Museum national d'histoire naturelle, elle a pour titre : « La tuberculose est autogène et le bacille de Koch formé par les tissus du malade ».

Le Gérant : J.-B. BAILLIÈRE

Imp. N. Trécult, 8, rue Danton. Paris

NOUVELLES *(Suite)*

13 DÉCEMBRE. — *Paris*. **Faculté de médecine, conférences du dimanche.** M. CATTAN : Les septicémies à gonocoques.

14 DÉCEMBRE. — *Toulouse*. Faculté de médecine. Ouverture d'un concours pour une place de chef de clinique des maladies des voies urinaires.

14 DÉCEMBRE. — *Bordeaux*. Concours de chef de clinique gynécologique.

14 DÉCEMBRE. — *Saint-Omer*. Date limite pour l'inscription à un concours de médecin-chef de l'hôpital.

15 DÉCEMBRE. — *Paris*. Administration de l'Assistance publique. Inscription en vue des places d'assistants de consultations générales de médecine et de chirurgie.

15 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital de la Pitié. Conférence sur le diabète, destinée aux internes des hôpitaux : l'intervention chirurgicale et les diabétiques. Des soins à prendre avant, pendant et après l'opération.

15 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital de la Pitié, conférence de M. PAULIAN : L'histoire des débuts de la neurologie et de la psychiatrie en Roumanie.

15 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine, 11 heures. M. le professeur GRÉGOIRE : Leçon clinique.

16 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique de la première enfance. Hospice des Enfants-Assistés, 10 h. 45. M. le professeur LEREBOULLET : Leçon clinique.

16 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital Broussais, clinique propédeutique, 11 heures. M. le professeur SERGENT : Leçon clinique.

16 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital Saint-Louis, 21 h. 30. M. le professeur GOUGEROT : Leçon clinique.

16 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital Saint-Antoine, clinique médicale, 11 heures. M. le professeur CLERC : Leçon clinique.

17 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital Cochin, clinique chirurgicale, 10 heures. M. le professeur LENORMANT : Leçon clinique.

17 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital Claude-Bernard, clinique des maladies infectieuses, 11 heures. M. le professeur LEMIERRE : Leçon clinique.

17 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, 11 heures. M. le professeur LŒPER : Leçon clinique.

17 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital de la Pitié, clinique thérapeutique médicale, 10 h. 30. M. le professeur RATHERY : Leçon clinique.

17 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital de la Pitié, clinique obstétricale, 11 heures. M. le professeur JEANNIN : Leçon clinique

17 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital Necker, clinique urologique, 10 heures M. le professeur MARION : Leçon clinique.

17 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital Lariboisière, 10 h. 30 M. le professeur LEMAITRE · Leçon clinique.

17 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital Broussais, clinique cardiologique. M. le professeur LAUBRY : Leçon clinique.

17 DÉCEMBRE. — *Paris*. Mairie du VI[e], 20 h. 30. Société végétarienne de France. M. Georgia KNAP : L'homme cet inconnu.

17 DÉCEMBRE. — *Rouen*. Hospice général. Ouverture du concours d'internat des hôpitaux de Rouen.

18 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôtel-Dieu, clinique ophtalmologique, 10 h. 30. M. le professeur TERRIEN : Leçon clinique.

18 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique obstétricale Baudelocque, 11 heures. M. le professeur COUVELAIRE : Leçon clinique.

18 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hospice de la Salpêtrière, clinique neurologique, 10 h. 30. M. le professeur GUILLAIN : Leçon clinique.

18 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital Laennec, clinique de la tuberculose, 11 heures. M. le professeur BEZANÇON : Leçon clinique.

18 DÉCEMBRE. — *Paris*. Institut océanographique, 21 heures. Conférences du colonel médecin VONCKEN, et de M. de la PRADELLE : L'humanité dans la guerre.

19 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital de la Pitié. Conférence, sur le diabète, destinée aux internes des hôpitaux: l'anthrax et la gangrène chez les diabétiques.

19 DÉCEMBRE. — *Toulouse*. Concours de professeur suppléant d'anatomie pathologique à l'école de Clermont-Ferrand.

19 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôtel-Dieu, clinique médicale, 10 h. 30. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

19 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique obstétricale Tarnier, 10 h. 30. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

NOUVELLES *(Suite)*

19 Décembre. — *Paris.* Hôtel-Dieu, clinique chirurgicale, 10 heures. M. le professeur Cunéo : Leçon clinique.

19 Décembre. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades, clinique de médecine infantile, 9 heures. M. le professeur Nobécourt : Leçon clinique.

19 Décembre. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades, clinique chirurgicale infantile, 10 h. 30. M. le professeur Ombrédanne : Leçon clinique.

19 Décembre. — *Paris.* Hôpital Cochin, clinique orthopédique, 10 heures. M. le professeur Mathieu : Leçon clinique.

19 Décembre. — *Paris.* Ministère de la Santé publique. Date limite en vue de l'inscription au concours sur titres pour les fonctions de médecin-directeur des sanatoriums publics.

20 Décembre. — *Paris.* Asile Sainte-Anne, clinique des maladies mentales, 10 h. 30. M. le professeur Claude : Leçon clinique.

20 Décembre. — *Paris.* Famille de médecins, conférence du dimanche. M. Huber : Convalescents et tuberculeux.

21 Décembre. — *Lille.* Concours de médecin-chef de l'hôpital de Saint-Omer.

1er Janvier. — *Paris.* Ministère du Travail. Date limite pour l'inscription au concours de médecin-contrôleur adjoint des assurances sociales.

1er Janvier. — *Mulhouse.* Date limité pour faire acte de candidature à la place de médecin-chef et chirurgien en chef des hôpitaux de Mulhouse.

3 Janvier. — *Saint-Denis.* Date limite pour l'inscription au concours pour 4 places d'interne titulaire et 1 place d'interne provisoire à l'hôpital.

4 Janvier. — *Paris.* Faculté de médecine. Début des consignations pour l'examen de fin d'année.

4-16 Janvier. — *Paris.* Faculté de médecine. Consignations pour les examens de fin d'année.

11-12 Janvier. — *Saint-Denis.* Concours pour 4 places d'internes et 1 place d'interne provisoire à l'hôpital.

VARIÉTÉS

LA STATISTIQUE AU SERVICE DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE (1)

Par le Dr G. ICHOK
Professeur à l'Institut de statistique de l'Université de Paris.

A notre époque, caractérisée par des tendances sociales de la médecine, notamment dans ses manifestations préventives, la lutte contre une épidémie implique l'intervention d'ordre collectif, dirigée contre une maladie à caractère extensif. Comme on le sait trop, toute maladie contagieuse n'est pas forcément épidémique, et, d'autre part, une affection dite « épidémique » peut devenir sporadique. C'est justement le but de l'action sanitaire, pour nous servir d'un terme tout à fait général, d'enlever à un agent infectieux sa force redoutable de pénétration, de la réduire au minimum, voire même de l'enchaîner complètement.

Bien entendu, à côté de la maladie, en tant que cause morbide, due à un microbe d'une certaine virulence, d'ailleurs soumise aux changements par trop connus des hommes de laboratoire et des cliniciens, il ne faut pas sous-estimer la réceptivité de la masse. Les facteurs sociaux exercent leur influence et préparent, comme on le dit couramment, le lit aux affections qui « profitent » des circonstances favorables. Pour éteindre un foyer épidémique, nouvellement allumé ou rallumé, la campagne d'assainissement aura à envisager à la fois les moyens de l'arsenal médical et les méthodes d'entr'aide sociale.

Le statisticien, qui documente sur l'étendue d'un mal et enregistre les succès et les échecs, se voit obligé d'insister sur le double aspect du génie épidémique. Aux hommes de laboratoire, il montre une étendue qui dépasse leur tour d'ivoire, tandis qu'aux hommes d'action, il indique les barrages que l'on pourrait dresser devant l'épidémie grâce à l'application, sur une vaste échelle, des données scientifiques.

L'unification, dans l'étude des résultats acquis par une méthode de traitement ou de prophylaxie, paraît comme condition essentielle si l'on veut éviter la dispersion des efforts, le gaspillage des fonds et la méfiance de la masse. Il est indispensable, pour toute affection épidémique, d'imposer une espèce d'échelle de valeurs. Les statistiques publiées sur l'efficacité d'un produit doivent fournir, non seulement les pourcentages, mais les totaux. Aucune équivoque n'est permise dans l'interprétation des conclusions, où, seul, comptera le langage froid des chiffres, qui sera d'autant plus convaincant que la somme totalisée sera plus grande.

(1) Communication au XXIIIe Congrès d'hygiène, Paris, 19-22 octobre 1936.

Puisque l'organisation d'une lutte méthodique entraîne une dépense considérable, on a le droit d'exiger une garantie relativement sûre. Toute proposition ne sera acceptée que si sa valeur est étayée par des documents statistiques sérieux. L'estampille officielle donnée à une méthode dépendra du nombre des observations recueillies dans un champ d'application aussi grand que possible.

Grâce aux statisticiens, on éliminera les inventeurs par trop soucieux d'une vente fructueuse. Le marché sera fermé aux expérimentateurs à esprit commercial, qui n'ont rien à chercher dans un domaine où il ne faut se jouer ni de la confiance du public, ni des finances publiques.

Le contrôle statistique évitera les grosses dépenses, entraînées par des vaccinations multiples et dont, en cas d'épidémie, rien de positif ne peut être signalé, puisque l'on n'observe parfois aucune différence dans l'évolution de la maladie et de la mortalité, qui est exactement la même chez les vaccinés et chez les non-vaccinés.

Dans certains cas, les moyens qui répondent aux exigences sévères de la statistique médicale échoueront en grande partie, parce que des conditions d'existence créent un terrain particulièrement propice à l'extension de l'épidémie. Le statisticien aura alors pour tâche de scruter les listes de morts. Pour les décès dus à une maladie épidémique, on donnera des renseignements sur les conditions d'habitation et sur la profession. Ces deux points ne suffiront pas pour donner une réponse à toutes les questions, mais leur enseignement sera déjà grand.

Rappelons, à cette occasion, qu'en Suisse, le bulletin de décès contient, dans le questionnaire à remplir par le médecin traitant, ou appelé après la mort, un paragraphe touchant les conditions sanitaires de l'habitation. Les points à considérer sont :

I. *Locaux habités :* 1° Dimensions. 2° Exposition au soleil. 3° Ventilation. 4° Chauffage. 5° Humidité causée par une construction défectueuse. 6° Humidité causée par un usage abusif (chambre employée pour cuire les aliments, laver le linge). 7° Propreté, etc.

II. *Chambre à coucher :* les mêmes sept points.

III. *Eloignement des immondices* : latrines, eaux ménagères.

IV. *Alimentation d'eau potable.*

Lorsqu'une habitation présente des défectuosités sur l'un ou l'autre de ces points, il faut l'indiquer en se servant à cet effet des chiffres romains et arabes qui se rapportent au cas particulier, en tenant compte toutefois des circonstances spé-

VARIÉTÉS *(Suite)*

ciales, selon que la maison est située à la ville ou à la campagne, comme par exemple :

Défectuosités : I) 3, 6, 7 ; II) 2, 3, 4, 7 ; III) 1 ;
ou bien : Défectuosités : 1, 2, 4 ; IV. (puits), etc.

La fiche suisse ne s'occupe pas, comme nous le voyons, du surpeuplement. Il s'agit d'une omission grave, et il sera utile de demander, au médecin enquêteur, quelques renseignements supplémentaires, en s'inspirant de la classification adoptée par la statistique générale de la France. Le bulletin de décès pourra ainsi mentionner le *nombre de pièces* ou bien de personnes par pièce.

L'analyse des statistiques consacrées aux maladies épidémiques et surtout endémo-épidémiques, comme par exemple le paludisme (1), montrera la vraie raison de leur ténacité. Dans les villes (2), tout spécialement lorsqu'on examinera la structure de quelques quartiers, on comprendra combien il est vain de penser à leur assainissement sans leur transformation profonde, voire même leur démolition, suivie de leur reconstruction.

L'alimentation en eau potable, pour ne citer qu'un problème d'une importance capitale, viendra spécialement en ligne de compte lorsque les statistiques de mortalité seront soumises à une étude minutieuse. D'autres questions se poseront sans doute. L'essentiel, c'est de donner, à l'épidémiologie, une statistique médicale et sociale d'un intérêt pratique et théorique incontestable.

Le service central de statistiques d'un pays pourrait, pour le mieux, mettre la statistique au service de l'épidémiologie. Il est à souhaiter :

1° Qu'une section spéciale de statistiques épidémiologiques soit créée ;

2° Qu'elle centralise les travaux touchant le traitement et la prophylaxie des maladies épidémiques ;

3° Qu'elle constitue une Commission d'étude qui se prononcerait sur la valeur d'une application, sur une vaste échelle, des méthodes proposées de traitement et de prophylaxie ;

4° Que les fiches de décès, en cas de maladie épidémique, portent des renseignements dits sociaux sur le décédé, notamment sur la profession et les conditions de logement (alimentation en eau potable, surpeuplement, etc.) ;

5° Qu'un modèle uniforme de bulletin de décès soit adopté pour les maladies épidémiques.

(1) G. Ichok, Les problèmes du paludisme dans le monde (*Biologie médicale*, t. XXIV, n° 4, 1934, p. 161-186).

(2) G. Ichok, Aperçu d'ensemble sur la natalité et la mortalité dans certaines capitales du monde (*Biologie médicale*, t. XXII, n° 10, 1932, p. 505-517).

Le bulletin de décès qui permettra de créer une statistique épidémiologique rationnelle pourra être rédigé de la façon suivante :

Statistique épidémiologique.

Ville : Département :

A. — 1° Sexe ....
2° Décédé le ....
3° Né le..........................
4° Lieu d'origine..........................
5° Domicile ....
6° Lieu de décès..........................
7° Durée du séjour dans ce lieu ....

B. — 1° Profession du décédé..........
2° Nature de l'entreprise ....
3° Si le défunt a moins de quatorze ans, profession du père, de la mère ou du tuteur ....

C. — 1° État civil : célibataire, marié, veuf, divorcé ....
2° Pour enfants au-dessous de cinq ans : légitime, illégitime, mis en pension.....

D. — 1° Cause du décès ....
2° Cause immédiate de la mort.........
3° Durée de la maladie épidémique.....
4° Observations..........................
5° Maladies concomitantes ....

E. — 1° Vaccinations effectuées..........
2° Dates ....
3° Méthodes employées ....

F. — 1° Autopsie ....

G. — 1° Conditions d'habitation (3) ....
2° Nombre de pièces habitables.........
Nombre de personnes par pièce..........

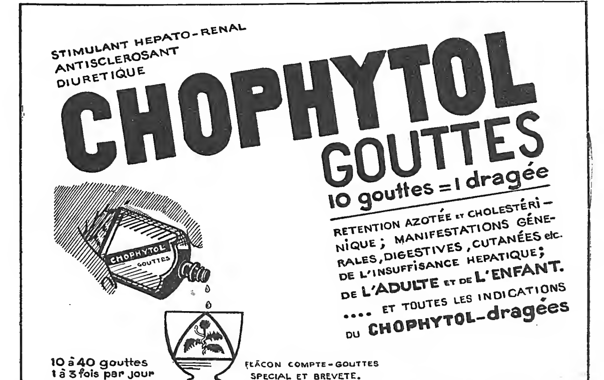
Signature : Le médecin traitant.

Appelé après la mort.

(3) Locaux habités : 1° Dimensions ; 2° Exposition au soleil ; 3° Ventilation ; 4° Chauffage ; 5° Humidité causée par une construction défectueuse ; 6° Humidité causée par un usage abusif (chambres employées pour cuire les aliments, laver le linge) ; 7° Propreté, etc.

II. Chambres à coucher : les mêmes 7 points.

III. Éloignement des immondices : 1° latrines ; 2° eaux ménagères.



STIMULANT HEPATO-RENAL
ANTISCLEROSANT
DIURETIQUE
CHOPHYTOL
GOUTTES
10 gouttes = 1 dragée
RETENTION AZOTÉE ET CHOLESTÉRINIQUE; MANIFESTATIONS GÉNERALES, DIGESTIVES, CUTANÉES etc. DE L'INSUFFISANCE HEPATIQUE; DE L'ADULTE ET DE L'ENFANT.
.... ET TOUTES LES INDICATIONS DU CHOPHYTOL-dragées
CHOPHYTOL
GOUTTES
10 à 40 gouttes
1 à 3 fois par jour
FLACON COMPTE-GOUTTES SPECIAL ET BREVETÉ.
LABORATOIRES ROSA, 1, Rue Roger-Bacon Paris (XVII).

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE

XVIIIe Réunion annuelle. — Paris, 9 octobre 1936.

C'est devant un amphithéâtre comble que le professeur Sorrel a ouvert la séance de la réunion annuelle de la Société française d'orthopédie. On aurait pu craindre, après les Journées orthopédiques de Turin et le Congrès international de Bologne et Rome, que les membres étrangers ne vinssent pas. Ils vinrent nombreux et de fort loin. C'est un hommage rendu à l'activité de notre Société, dont nous devons les remercier.

1re QUESTION

Le spondylolisthésis.

Rapporteur : M. GUILLERMINET (Lyon).

Le spondylolisthésis est le glissement d'une vertèbre sur la vertèbre sous-jacente. En pratique, on a en vue le glissement de la 5e lombaire sur le sacrum, qui est incomparablement le siège le plus fréquent.

Considéré comme rare et l'apanage de la femme, chez laquelle il est une cause de dystocie, il a fait depuis vingt ans l'objet de nombreux travaux qui ont montré sa fréquence relative et son existence chez l'homme, avec même une prédominance sur le sexe féminin.

La pathogénie du spondylolisthésis est très discutée. La 5e lombaire est retenue sur la pente très inclinée du sacrum par l'accrochage de ses apophyses articulaires inférieures sur les articulations du sacrum. On ne conçoit de déplacement que si les apophyses articulaires de la 5e lombaire sont détruites ou si elles sont désolidarisées du corps vertébral. Ces apophyses inférieures sont situées sur un plan postérieur aux articulaires supérieures de la 5e lombaire, et entre les deux se trouve une portion de l'arc postérieur : l'isthme. Cet isthme est de manière fréquente le siège d'une fissuration.

Cette non-union des deux parties de l'arc postérieur est un arrêt de développement qui constitue la spondylolyse. Celle-ci peut être uni ou bilatérale. La spondylolyse bilatérale partage la vertèbre en deux moitiés qui ne sont plus solidaires. Le glissement du corps vertébral en avant est possible. La spondylolyse est retrouvée fréquemment sur les pièces sèches (de 2 à 5 p. 100). Des travaux récents (Willis-Turner) ont montré la possibilité de son origine congénitale. Mais est-elle toujours congénitale ? Ne peut-elle être d'origine traumatique ? Question importante, car beaucoup de spondylolisthésis voient leurs symptômes débuter après un traumatisme, un accident du travail. On a rapporté quelques exemples de fracture de l'isthme, mais presque toujours lors de gros traumatismes avec délabrements étendus du rachis. Dans les cas de traumatismes légers, on est obligé d'admettre une prédisposition par faiblesse congénitale de l'isthme.

La spondylolyse congénitale semble donc bien l'origine du spondylolisthésis.

Les signes se manifestent en général à l'âge adulte (vingt-cinq à cinquante ans), mais aussi à l'adolescence ou même chez l'enfant (cinq ans).

D'une manière habituelle mais non constante, ces premiers signes apparaissent à l'occasion d'un traumatisme. Celui-ci est d'ordinaire minime (chute sur le siège ou les genoux) ; par exception, il est violent (chute d'un lieu élevé, hyperflexion ou hypertension brusque par lourd fardeau, etc.). Dans d'autres cas, il y a des traumatismes répétés résultant de la profession (portefaix, débardeurs, etc.).

Le symptôme primordial est la douleur. Son intensité contraste souvent avec le vague de la localisation. Elle siège habituellement à la région lombo-sacrée, aux fesses, partie postérieure des cuisses, mais peut s'étendre à l'abdomen, pelvis, affecte le type de névralgie sciatique, crurale, fémoro-cutanée. Elle s'exagère par la station debout, les secousses, le port de fardeaux. La station assise et même le décubitus ne la soulage pas toujours. Tout travail devient impossible.

L'aspect du malade est caractéristique : le tronc est tassé, raccourci. La région sacro-lombaire présente une dépression verticale profonde, entre la saillie des masses sacro-lombaires contracturées se terminant en bas par un brusque coude et une plate-forme représentée par la base saillante du sacrum. L'évolution est variable. Certains cas restent latents et ne sont pas progressifs. D'autres, au contraire, deviennent spontanément, ou à la suite d'un trauma, rapidement douloureux.

Le diagnostic est avant tout radiographique. Bien des cas légers échappent à l'examen clinique. La radiographie de face montre la superposition de l'ombre du corps de la 5e lombaire sur la base du sacrum sous la forme d'un chapeau de gendarme inversé. Mais cet aspect n'a pas une valeur absolue. Elle se retrouve dans les lordoses très marquées. La spondylolyse est parfois, pas toujours, visible sur le cliché de face sous forme d'une ligne blanche dans le pédicule. La radiographie de profil, seule, est décisive. Le glissement en avant est certain toutes les fois que la perpendiculaire menée sur la base sacrée à sa partie antérieure coupe le corps de la 5e lombaire. La radiographie de profil, ou mieux de trois quarts, montre la spondylolyse, qu'il faut chercher sous des incidences variées.

La pathogénie de l'affection est discutée. Le rapporteur montre la nécessité de la rupture de l'isthme pour sa production. Le point discuté est la possibilité de cette rupture par traumatisme sur un pédicule sain. Il conclut que le traumatisme ne fait que rendre évident un glissement qui existait déjà auparavant. Ce sont des spondylolisthésis congénitaux révélés par une valence quelconque.

Le traitement est orthopédique ou chirurgical. Certains auteurs (J. Gourdon, Rœderer) se sont faits les défenseurs du traitement orthopédique : repos avec extension continue pour relâcher la musculature, puis reposition par action de deux sangles, une antérieure abdominale, une postérieure sacrée, ensuite corset plâtré. On a pu obtenir ainsi des améliorations certaines.

Le traitement chirurgical peut être effectué de deux façons. Dans la grande majorité des cas, on s'est contenté de solidariser l'arc postérieur de la 5e lombaire, détaché et mobile à la main, sur le sujet endormi (Lance) avec les arcs postérieurs du sacrum et des vertèbres sus-jacentes par greffe d'Albee, double greffon latéral dans les gouttières, ou arthrodèses de Hibbs. Cette opération, illogique en soi (Azéma) et qui, si elle décharge le corps de la 5e lombaire d'une partie du poids du rachis sus-jacent, laisse une possibilité au glissement de continuer.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Les opérations logiques et efficaces visent à solidariser le corps de la 5e lombaire au sacrum ou à la partie postérieure de l'aile iliaque. L'arthrodèse de la 5e lombaire au sacrum par voie abdominale, proposée par R. Capener, a été exécutée avec succès par Burnes (Londres). En France, Lance et Aurousseau ont exécuté une arthrodèse ilio-transversaire en interposant un greffon iliaque entre l'aile iliaque et la base sectionnée des apophyses transverses des 4e et 5e lombaires. P. Mathieu et Demirleau ont perfectionné la technique de cette arthrodèse en employant un greffon tibial implanté dans l'apophyse transverse de la 5e lombaire à travers l'aile iliaque.

Le rapporteur discute les indications du traitement chirurgical et le choix des méthodes. La greffe d'Albee donne 75 p. 100 de succès. Elle semble suffisante dans les cas peu avancés. Dans les cas graves, l'arthrodèse antérieure ou ilio-transversaire semble préférable.

Un tableau réunissant 17 observations de cas opérés inédits termine cet excellent travail.

Discussion.

Le professeur MATHIEU insiste sur deux points : 1° il existe des spondylolisthésis en dehors de tout traumatisme ; 2° l'intervention est surtout indiquée chez les jeunes femmes qui ne supportent pas le corset.

M. GLORIEUX (Bruxelles). La spondylolyse est une lésion fréquente, 4 à 6 p. 100 sur les pièces anatomiques d'adultes. Elle semble plus rare chez le nouveau-né. Il y aurait donc des cas acquis. Il projette les radiographies de nombreux cas de spondylolyse sans glissement. Dans le spondylolisthésis, il critique le schéma d'Ulman et propose un repère anatomique basé sur la projection d'une sur l'autre des deux parties de l'arc postérieur rompu visible sur les épreuves de face.

M. RŒDERER (Paris) montre le rôle que le spondylolisthésis peut jouer dans la scoliose. Il discute les données du traitement et se déclare partisan du traitement orthopédique, réservant les interventions aux cas qui restent douloureux ou à marche rapide.

M. GRAFFIN (Paris) apporte trois cas de spondylolisthésis opérés par greffe d'Albee et deux cas de scoliose douloureuse avec spondylolyse.

M. FRŒLICH (Nancy) a eu à soigner sept spondylolisthésis. Trois ont été opérés, avec deux bons résultats et un échec complet. Quatre ont subi le traitement orthopédique avec trois succès et un échec chez une névropathe.

M. G. HUC (Paris) montre que les descriptions de bascule du sacrum (sacrum vertical ou horizontal) ne correspondent pas aux faits. Le sacrum est solidaire du bassin. C'est ce dernier qui bascule. Il indique des points de repère qui permettent, soit sur le malade, soit sur une radio de profil, de mesurer cette bascule.

Il insiste sur les difficultés d'apprécier les anomalies de la 5e lombaire comparativement à un type normal qui n'existe pas.

M. SIMOVITCH (Belgrade) montre le résultat éloigné de la spondylolisthésis opérée par opération d'Albee avec succès.

2e QUESTION

Le traitement des cals vicieux du cou-de-pied.

Rapporteur : M. PADOVANI (Paris).

Le rapporteur limite son étude aux fractures malléolaires ou mortaisiennes, et exclut les fractures isolées de l'astragale.

Il expose d'abord les caractères anatomo-physiologiques des cas vicieux.

La statique du pied peut être troublée soit par une déformation de la mortaise (fracture des malléoles, diastasis tibio-péronier, fragment marginal postérieur ou antérieur), ou une déviation de l'axe par luxation du pied.

1° *Dans les fractures mortaisiennes*, la déviation la plus fréquente est le valgus du pied (fracture de Dupuytren type ou basse, fracture ligénienne, fracture isolée du péroné, diastasis tibio-péronier primitif marqué ou léger).

La déviation du pied en arrière par fragment marginal postérieur vient ensuite. Plus rares sont les déviations en avant ou en dedans.

2° Les *fractures sus-malléolaires*, modifiant la statique du pied par angulation antérieure ou latérale.

3° Les déviations par décollements épiphysaires de l'enfance s'adaptent en général du fait de la croissance.

4° Les fractures complexes du pilon tibial se terminent en général par ankylose.

Ces troubles de la statique amènent des processus variés d'ostéoporose et d'hyperostose avec arthrite chronique déformante et tendance à l'ankylose. Le rapporteur remarque que ce n'est pas toujours la tibio-tarsienne qui est douloureuse, mais parfois, du fait de la déviation des axes, ce sont les sous-astragalienne et médio-tarsienne qui sont le siège des tiraillements douloureux.

L'examen du malade comporte l'étude de la déformation et des troubles fonctionnels. Le rapporteur insiste sur le rôle capital de la radiographie, l'étude des petits déplacements, en particulier le diastasis, nécessite la comparaison avec une épreuve du côté sain.

L'origine de ces déformations est variée : 1° absence de réduction primitive ; 2° reproduction du déplacement dans le plâtre ; 3° déformation tardive lors des premiers essais de marche, conséquence d'une trop brève immobilisation ou déficience de l'état général.

Le *traitement prophylactique* des cals vicieux du cou-de-pied réside dans une réduction aussi précoce que possible, vérification radiologique immédiate et répétée ; enfin, longue immobilisation.

Le *traitement chirurgical* se propose : 1° de rétablir la concordance des axes ; 2° d'atténuer les phénomènes douloureux ; 3° de restaurer dans la mesure du possible la forme de la mortaise ; 4° de conserver si possible les mouvements articulaires.

Les ostéotomies dans les foyers de fracture avec réduction exacte de la déviation sont les méthodes les plus rationnelles.

Le rapporteur étudie successivement la technique de l'ostéotomie des malléoles, du fragment tibial postérieur, et le traitement du diastasis.

LES THÉRAPEUTIQUES NOUVELLES

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE DE LA PITIÉ

Publiées sous la direction de M. le professeur RATHERY

Collection nouvelle de volumes in-8 de 50 à 80 pages environ

Les régimes chlorurés et déchlorurés, par le professeur F. Rathery........ 8 fr.

Le traitement des Ulcères gastro-duodénaux, par le Dr Froment, assistant de la clinique médicale de la Pitié........ 15 fr.

Le traitement des Asphyxies, par le professeur Léon Binet........ 6 fr.

Le traitement de l'Asthme, par le Dr Dérot, ancien interne des hôpitaux........ 6 fr.

Le traitement des Colites, par le Dr Maurice Rudolf, chef de clinique........ 6 fr.

Le traitement des Périviscérites, par le Dr E. Boltanski, chef de clinique........ 6 fr.

Les Stérols irradiés en thérapeutique, par le Dr Germaine Dreyfus-Sée, chef de clinique... 6 fr.

Le traitement des Abcès du poumon, par le Dr Kourilsky, chef de clinique........ 6 fr.

La Chrysothérapie dans la tuberculose pulmonaire, par le Dr Julien Marie, chef de clinique.. 6 fr.

Le traitement de la Paralysie générale, par le Dr Mollaret, chef de clinique........ 8 fr.

Le traitement des Albuminuries juvéniles, par le professeur F. Rathery........ 8 fr.

Le traitement des Rhumatismes chroniques, par le Dr J. Forestier........ 12 fr.

Le traitement médical du Goitre exophtalmique, par le Dr Sainton........ 6 fr.

Le traitement des Névralgies sciatiques, par le Dr Mollaret........ 8 fr.

Le Sucre, agent thérapeutique, par le Dr Sigwald........ 6 fr.

La Thérapeutique cholagogue, par le Dr Chabrol, professeur agrégé........ 6 fr.

Le Choc en thérapeutique, par le Dr Harvier, professeur agrégé........ 8 fr.

Le traitement de la Syphilis rénale, par le Dr Sézary, professeur agrégé........ 8 fr.

Le traitement de la Fièvre typhoïde, par le professeur F. Rathery........ 8 fr.

Le traitement actuel de la Syphilis acquise, par le professeur Gougerot........ 10 fr.

Le traitement et la prophylaxie de la Diphtérie, par le professeur Debré........ 10 fr.

Le traitement de la Poliomyélite aiguë épidémique (*Maladie de Heine-Medin*), par le Dr P. Mollaret........ 8 fr.

Le traitement de la Fièvre ondulante, par le Dr Cambessédès........ 10 fr.

Le traitement de l'Angine de poitrine, médical, physiothérapique et chirurgical, par le Dr Camille Lian........ 12 fr.

Le traitement de l'Encéphalite épidémique et de ses séquelles, par le Dr Sigwald........ 10 fr.

Le traitement du Coma chez les diabétiques, par le professeur F. Rathery........ 8 fr.

Le traitement de la Dysenterie amibienne, par le Dr Maurice Hamburger........ 12 fr.

Le traitement des Ictères infectieux, par le professeur Noel Fiessinger........ 10 fr.

Le traitement de la Méningite cérébro-spinale, par le Dr Dopter........ 20 fr.

La Transfusion sanguine, par le Dr Moline. 12 fr.

Le traitement chirurgical de la Lithiase biliaire, par le Dr Banzet........ 9 fr.

Le traitement des Vomissements du nourrisson, par le Dr Grenet........ 12 fr.

Le traitement de la Dilatation des bronches, par le Dr Kourilsky. 1 vol........ 8 fr.

Le traitement des Tachycardies, par le professeur A. Clerc. 1 vol........ 12 fr.

Le traitement de la Scarlatine, par le Dr J. Marie. 1 vol.

Le traitement médical de la Lithiase biliaire, par le Dr Froment. 1 vol.

Le traitement préventif et curatif de la Fièvre jaune, d'après les données nouvelles, par le Dr Mollaret. 1 vol........ 18 fr.

Le traitement des gangrènes diabétiques, par le professeur F. Rathery........ 8 fr.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

1° L'ostéotomie isolée du péroné suffit à réduire un vagus léger sans diastasis. *L'ostéotomie des deux malléoles* est habituelle. L'intervention sur le fragment marginal postérieur est souvent inutile, ce fragment étant d'ordinaire solidaire d'un des fragments malléolaires et se réduisant avec lui. C'est seulement dans les fractures anciennes qu'on peut être appelé à le libérer et le fixer.

Les ostéotomies malléolaires donnent d'excellents résultats, et « on peut conclure que c'est par les ostéotomies que l'on rétablira avec le maximum de perfection la forme et la fonction » (Bérard).

2° Les *ostéotomies sus-malléolaires*. Leur emploi dans le traitement des fractures mortaisiennes a été très discuté. C'est l'ostéotomie cunéiforme du tibia associée à l'ostéotomie linéaire du péroné qui a surtout été employée. Si elle rétablit l'axe du membre, elle ne rétablit pas les rapports normaux de l'astragale avec la mortaise. Mais dans les vieilles fractures, l'astragale a pu s'adapter à sa nouvelle position, ce qui explique l'excellent résultat fonctionnel obtenu parfois après cette intervention (Dujarier, Fredet, Merle d'Aubigné).

3° La *résection tibio-péronière orthopédique*. Elle consiste, après section de la malléole externe, à réséquer le plateau tibial perpendiculairement à l'axe de la jambe. La poulie astragalienne et la malléole externe sont toujours respectées et cette dernière vissée sur le tibial pour réduire le diastasis. Cette opération, réservée aux cas d'éclatement du pilon tibial, est assez rarement pratiquée. La Revue en cite un cas avec bon résultat fonctionnel.

4° *L'astragalectomie*, jadis considérée comme un pis-aller, réservée aux très gros désordres articulaires, a joui depuis une quizaine d'années d'une assez grande faveur. Mais des travaux récents ont montré que les résultats éloignés de l'astragalectomie pratiquée pour cals vicieux du cou-de-pied donnent souvent des résultats fonctionnels défectueux.

Dans les grands délabrements osseux, l'extirpation de l'astragale exige deux incisions et parfois le morcellement de l'os, qui risque d'être une ablation incomplète. Le réemboîtement du calcanéum dans la mortaise peut être direct, antérieur, postérieur ou oblique. Mais dans aucune position l'emboîtement n'est anatomique : il y a discordance des surfaces articulaires, et le calcanéum est trop large pour la mortaise. Un modelage est nécessaire (ostéotomie des malléoles, etc.).

Les opinions sur les résultats obtenus sont contradictoires. Alors que certains auteurs déclarent obtenir toujours des articulations mobiles et indolores, d'autres signalent la persistance de douleurs dans la néarthrose et les articulations, de la torsion et souvent la formation d'un pied creux ou varus. Le rapporteur pense qu'il convient de restreindre l'astragalectomie à quelques cas particuliers : 1° les fractures très anciennes avec ostéophytes abondants et mortaise élargie ; 2° les cals vicieux consécutifs à une marginale antérieure avec pied talus ; 3° les fractures de l'astragale associées aux fractures du cou-de-pied.

5° *Résection et arthrodèses tibio-tarsiennes*. La résection tibio-tarsienne est pratiquée de manière très différente

selon que l'on enlève ou non l'astragale. Dans le premier cas, on pratique l'arthrodèse intra-articulaire ou extra-articulaire. Dans le deuxième, on résèque la malléole interne, mais on doit conserver toujours la malléole externe.

Cette intervention semble avoir les mêmes indications que l'astragalectomie, et l'on choisira l'une ou l'autre selon que l'on vise à conserver la mobilité ou au contraire la solidité.

Le rapporteur signale que dans certains cas les douleurs siègent dans la sous-astragalienne ou médio-tarsienne. Ce sont ces articulations qu'il importe d'arthrodéser.

Au total, il faut se montrer éclectique. Chaque intervention peut avoir des indications.

Les opérations reconstituantes (ostéotomies, résection orthopédique tibio-péronière) sont celles qui permettent de mieux rétablir la concordance des axes, la forme de la mortaise, et de conserver des mouvements.

L'ostéotomie directe des foyers de fracture est réservée aux cas récents avec déviation latérale pure.

La résection modelante convient aux cas anciens avec grosses dislocations de la mortaise.

L'ostéotomie sus-malléolaire a des indications rares : déviation en valgus très ancien avec conservation de mouvements étendus.

L'astragalectomie, faite avec de grandes précautions de technique, est réservée aux cas anciens avec gros ostéophytes et élargissement de la mortaise.

Les arthrodèses conviennent surtout aux grosses déformations articulaires et aux astragalectomisés qui souffrent.

Discussion.

M. Mathieu insiste sur la valeur de la clinique pour poser les indications opératoires. Les opérations ont pour but de rétablir la mortaise, les axes, corriger les déviations dans la tibio-tarsienne et les articulations de la torsion, l'astragalectomie est une opération d'exception.

M. Massart. Dans les cas récents de fractures bien réduites mais mal immobilisées, les ostéotomies et la réduction constituent la méthode de choix. Dans les fractures de Dupuytren avec cals vicieux anciens, rétraction des tendons, chez les gens âgés, l'astragalectomie donne des résultats excellents, constants, avec bonne mobilité.

M. Manjano d'Intignano (Dijon), après ostéotomie malléolaire, a fixé la réduction avec des chevilles d'os purum. Excellent résultat.

M. Tavernier (Lyon). L'opération fondamentale est l'ostéotomie dans les traits de fracture et la réduction. Les autres opérations ne sont indiquées qu'en cas de nécessité. Nous avons fait beaucoup d'astragalectomies à Lyon et l'avons abandonnée, parce que ses résultats sont irréguliers.

M. Boppe. L'ostéotomie sus-malléolaire n'est indiquée que dans les fractures péronières hautes avec fracture du plateau tibial.

Il a pu revoir cinq astragalectomisés à distance : trois résultats excellents, un bon, un médiocre, un mauvais.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Il montre que dans le cas de luxation du pied en arrière par marginale postérieure, la traction sur le calcanéum avec une broche de Kirschner facilite considérablement la reposition du pied.

Questions diverses.

A. Richard (de Berck) et Dubau : *Problèmes cliniques et thérapeutiques dans la malformation du corps vertébral.* — Dans deux cas, ils ont observé des anomalies vertébrales coïncidant avec un abcès appendiculaire et une psoïtis. Ils montrent les difficultés du diagnostic avec le mal de Pott dans ces cas.

Jaromir Janêk (de Brno) : *L'emploi de la radiographie latérale de la hanche dans le traitement opératoire de la subluxation congénitale de la hanche avec coxa valga.* — Après mesure radiographique de la déviation du col, une ostéotomie cunéiforme du col corrige le valgus, et la réimplantation du trochanter est faite avec deux clous.

Ingelrans et Decaulx (Lille) : *A propos de cinq observations de disjonction traumatique de la symphyse pubienne.* — En suivant un traitement purement orthopédique, et malgré une réduction incomplète de l'écartement symphysien, les résultats fonctionnels éloignés sont bons.

Rocher et Pouyanne (Bordeaux) : *Sur un cas singulier de luxation cervicale traumatique chez un garçon de onze ans : ostéosynthèse vertébrale.* — Il s'agit d'une luxation progressive, avec paraplégie. Traitement d'abord par extension, puis ostéosynthèse.

M. Richard cite un cas analogue opéré par lui.

René Charry (Toulouse) : *Sur le comportement du transplant dans les arthrorisés postérieurs. Un point de technique : le forage vertical.* — L'auteur a observé des cas de résorption dans le cas d'arthrorisé par greffon total. Il n'observe plus ce fait depuis qu'il le double d'une greffe ostéo-périostique.

M. Lance rappelle les conditions biologiques indispensables à la vitalité du greffon total inclus. Quand elles ne sont pas remplies, la résorption du greffon est inévitable.

Séance administrative. — Devant l'importance prise par les techniques orthopédiques en traumatologie, la Société décide de modifier son titre et de prendre celui de Société française d'orthopédie et de traumatologie.

Ont été élus :

Membres titulaires : MM. Desplas, Merle d'Aubigné, Patel, P. Lance, Masmonteil, pour Paris ; Jean Piollet (Clermont-Ferrand), Charry (Perpignan), Dubau (Val-de-Grâce), Dupas (Marine).

Membres honoraires : MM. di Gaetano (Naples), Della Vedova (Rome), Sherb (Zurich), Wilson (New-York), Orgood (Boston).

Membres correspondants étrangers : MM. Topa (Roumanie), Paul Martin (Suisse), Fusari (Italie), Jaromir Janêk (Tchécoslovaquie), Galieude Allende Cordoba (Argentine), Godoy Moreira (Brésil), Simovith (Yougoslavie).

Renouvellement du bureau. — Il est ainsi constitué :

Président : professeur Sorrel.

Vice-présidents : professeur Rocher, M. Lance.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Secrétaires généraux : MM. Tavernier, A. Richard.
Trésorier : M. Leveuf.

La Société a décidé que les Journées orthopédiques de 1937 auront lieu à Paris, le jour qui précédera et le jour qui suivra la réunion annuelle de la Société.

Les questions mises à l'étude sont :

Pour 1937 :

1° Les transplantations tendineuses dans le traitement des pieds bots paralytiques (poliomyélite).

Rapporteurs : MM. Leveuf (Paris) et Perrot (Genève).

2° La coxalgie double.

Rapporteur : M. Allard (Berck).

Pour 1938 :

Les cyphoses douloureuses par dystrophie rachidienne.

Rapporteurs : MM. Mareci et Pierre Lance et docteur J. Decourt.

M. Lance.

SOCIETÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 4 décembre 1936.

Présentation de clichés radiotomiques. — MM. Pierre Bourgeois et Henri Thiel présentent une série de clichés pulmonaires en coupe mince obtenus au planigraphe. Le propre de sa méthode consiste à faire un repérage préalable de la profondeur à laquelle on doit faire la radiotomie : dans ce but il prend un couple stéréographique et construit, à partir de ce cliché stéréographique, une coupe selon un plan choisi.

Un dispositif simple permet de réaliser sans aucun calcul l'épure schématique de tous les points essentiels de la coupe. Le planigraphe intervient ensuite comme moyen de contrôle en pratiquant le cliché en coupe mince à la distance indiquée par l'épure.

Cette méthode radiologique nouvelle, utile pour le repérage des cavernes pulmonaires, des brides, etc., nous initie à une symptomatologie radiologique inédite et riche en enseignements.

Séance du 11 décembre 1936.

Poussée aiguë et hémorragique au cours d'une leucémie myéloïde méconnue. Hémoptysies. Pleurésie hémorragique. Syndrome péritonéal terminal avec ascite sanglante. — MM. P. Jacquet, Alain Rubens-Duval et Jude Turiaf ont observé un malade qui, au décours d'une hémoptysie ayant duré huit jours et qui ne fut pas tout d'abord rattachée à sa cause, succomba en quarante-huit heures, à un épisode abdominal dramatique au cours duquel les observateurs virent se développer sous leurs yeux, en liaison avec une pleurésie hémorragique, une énorme hépato-splénomégalie.

Il s'agissait d'une ascite hémorragique sans rupture de la rate, au cours d'une poussée aiguë et terminale de leucémie myéloïde. La formule sanguine était, pour la série blanche, à prépondérance granuleuse (27 p. 100 de polynucléaires adultes, 57 p. 100 de myélocytes et de promyélocytes, 7 p. 100 de cellules souches) pour un chiffre total considérable de 958 000 leucocytes par millimètre cube. Hématies : 1 980 000. Temps de saignement : six minutes. Temps de coagulation : douze minutes et demie. Caillot complètement irrétractile en vingt-quatre heures.

Les auteurs insistent sur le caractère véritablement suraigu de cette poussée hépato-splénomégalique terminale au cours d'une leucémie myéloïde très certainement pré-existante mais non diagnostiquée, ainsi que sur le syndrome péritonéal avec ascite sanglante dont ils n'ont pas trouvé de cas rapporté dans de semblables circonstances.

Deux cas d'atélectasie lobaire massive. — M. Cardis (Leysin) présente deux cas d'atélectasie pulmonaire lobaire massive. L'un affecte le lobe supérieur droit et est d'un diagnostic facile, la migration scissurale et les phénomènes de rétraction étant manifestes. Dans ce cas, une caverne s'est creusée en l'espace d'un an au sein du bloc opaque ; l'atelectasie, si elle est souvent une réaction de défense, n'est cependant pas un traitement.

La seconde observation intéresse le lobe supérieur gauche ; sur la radiographie de face, l'image est floue et ne peut être identifiée ; elle est caractéristique sur le film tirée en lordose qui modifie les rapports entre les lobes supéro-antérieur et inféro-postérieur. Le lipiodol n'a pas injecté le lobe supérieur qui n'aspire pas l'huile iodée. La bronchoscopie révèle un rétrécissement bronchique montrant que cette atélectasie n'est due ni à la compression, ni à l'obstruction bronchique, mais relève probablement de la contraction pulmonaire.

Gangrènes cutanées chez une israélite marocaine. Etiologie exanthématique. Sérothérapie par sérum de convalescent. Guérison. — MM. D.-E. Fly-Sainte-Marie et A. Clarg.

Intoxication oxycarbonée professionnelle. — MM. Loeper, Gilbrin et Siquier ont observé plusieurs cas d'intoxication oxycarbonée chronique d'origine professionnelle caractérisée par de la céphalée, des troubles digestifs et nerveux, de l'hypotension artérielle, de l'anémie, parfois une érythrémie de défense. Ils considèrent le dosage spectroscopique comme une méthode désuète, insuffisante et inexacte et ont employé la méthode de Nicloux ; on trouve ainsi environ 60 centimètres cubes par litre dans les intoxications aiguës, 7 à 8 dans les intoxications chroniques, 1 chez les sujets sains. Mais ils ont en outre constaté des chiffres élevés d'oxycarbonémie, de 8 à 20 centimètres cubes chez des anémiques, des hyposystoliques, des hépatiques, des épileptiques (peut-être du fait du traitement gardénalique), des érythrémiques. Ils pensent que cette oxycarbonémie est peut être due à la transformation insuffisante des glucides ou de certains intermédiaires (acide lactique et oxalique), comme tendrait à le prouver l'existence d'oxycarbonémie chez des diabétiques et oxalémiques.

M. Rivet souligne l'intérêt que présenterait l'étude de l'oxycarbonémie d'origine tabagique.

Un nouveau cas de chorée fibrillaire de Morvan. — MM. René Martin et A. Delaunay rapportent un nouveau cas de cette maladie exceptionnelle survenue trois semaines après une injection de sérum antitétanique.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Tableau clinique caractérisé par des algies surtout marquées aux membres inférieurs, empêchant la marche, et entraînant une insomnie complète, des contractions fibrillaires disséminées, asynchrones, un psychisme particulier, des crises sudorales et autres troubles vaso-moteurs ayant entraîné à l'extrémité des membres une légère desquamation, l'abolition des réflexes rotulien et médio-pubien, une albuminurie importante avec légère hypertension. Tous ces symptômes permettent d'affirmer le diagnostic de chorée fibrillaire de Morvan, maladie rare, mais ayant une autonomie bien particulière.

Si le siège anatomique de cette affection, due vraisemblablement à un virus filtrant, reste aujourd'hui encore des plus discuté, ses analogies cliniques avec l'acrodynie tendent à la faire rapprocher de cette maladie infantile.

JEAN LEREBOULLET.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 14 *novembre* 1936.

Étude des modifications du réflexe oculo-cardiaque et du réflexe solaire chez l'homme au cours de l'hyperthermie provoquée. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC et JACQUES LEMANT ont exploré le réflexe oculo-cardiaque et le réflexe solaire chez l'homme au cours de l'hyperthermie provoquée par l'huile soufrée en enregistrant les oscillogrammes afin d'éviter toute erreur d'interprétation. Dans la majorité des cas au cours de l'hyperthermie le réflexe oculo-cardiaque était atténué ou inversé et le réflexe solaire augmenté d'intensité.

L'hyperthermie provoquée entraîne chez l'homme une tendance à la sympathicotonie transitoire, mais qui peut persister parfois trois jours après le retour de la température à la normale.

Modifications neuro-végétatives chez l'homme au cours d'hyperthermies provoquées par différentes méthodes et au cours des affections fébriles. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC et JACQUES LEMANT ont constaté qu'au cours des hyperthermies, quelle qu'en soit l'origine hyperthermies par vaccin anti-chancrelleux, ondes (courtes, abcès de fixation, malariathérapie, au cours des affections fébriles), il existe une tendance à la sympathicotonie transitoire, comme dans l'hyperthermie provoquée par l'huile soufrée.

L'éosinophilie médullaire des asthmatiques. — MM. ROBERT DEBRÉ, MAURICE LAMY et JEAN BERNARD montrent que la ponction systématique de la moelle sternale des asthmatiques permet de mettre en évidence une notable éosinophilie médullaire. Cette éosinophilie médullaire a été retrouvée dans tous les cas qu'ils ont étudiés jusqu'à présent.

Atteignant des taux élevés au cours de la crise d'asthme (15 à 20 p. 100 des éléments nucléés de la moelle), elle persiste modérée dans leur intervalle et l'aspect des moelles asthmatiques piquetées d'éléments acidophiles est tout à fait saisissant. Les cellules éosinophiles qui transforment ainsi l'image médullaire sont en proportion à peu près égale des myélocytes, des métamyélocytes et des polynucléaires éosinophiles. L'éosinophilie médullaire peut être importante même dans des cas où l'éosinophilie sanguine reste discrète.

Injection continue intraveineuse d'adrénaline chez un addisonien. — MM. A. BAUDOUIN, E. AZERAD et J. LEWIN ont injecté de l'adrénaline par voie veineuse d'une façon continue à un malade atteint d'un syndrome addisonien typique, dans l'intention de suppléer à une déficience supposée de la sécrétion surrénale.

La dose d'adrénaline tolérée par ce malade a été beaucoup plus forte que celle tolérée par un sujet normal. Il a pu être injecté en une seule séance de une heure quinze minutes jusqu'à 1 mg,4 de cette hormone.

La tension artérielle n'a pu être élevée que dans de faibles proportions (de 7,5 à 9 et de 9 à 11). Cette élévation se produit peu de temps après le début de l'injection et ne se modifie plus malgré l'augmentation de la vitesse d'injection.

De plus, une hyperglycémie notable (2gr,29) a été observée. De ces faits les auteurs concluent que la déficience de sécrétion adrénalinique n'est pas en cause, ou ne joue qu'un rôle secondaire dans la pathogénie du syndrome d'insuffisance surrénale.

Libération diastasique d'acétylcholine par le foie. — MM. J. GAUTRELET, E. CORTEGGIANI, A. KASWIN et C. MENTZER montrent que dans le foie de cobaye, on peut affirmer la libération par le mécanisme diastasique d'un certain nombre de substances solubles dans l'eau et dans l'alcool, avant tout une substance analogue à l'acétylcholine et la choline.

Sur l'existence d'un complexe libérant l'acétylcholine dans les centres nerveux sous l'influence de la chaleur. — MM. E. CORTEGGIANI, J. GAUTRELET, A. KASWIN et C. MENTZER ont vu que le cerveau de cobaye, de rat et de chien et même les ganglions cérébroïdes de l'escargot renferment, ainsi que le mettent en évidence les extraits aqueux et alcooliques, de l'acétylcholine libre et un complexe susceptible, sous l'influence d'une température élevée de de libérer de l'acétylcholine.

Contribution à l'étude de la choline et de l'acétylcholine chez les invertébrés. Recherche dans les organes d'Hélix pomatia. — MM. C. MENTZER, A. KASWIN, E. CORTEGGIANI et J. GAUTRELET montrent que pour l'hépato-pancréas d'Hélix se pose la question de la présence de choline libre, l'acétylation seule étant susceptible de la mettre en évidence. Dans les ganglions nerveux, la présence de choline n'est pas douteuse. Dans l'hépato-pancréas on ne peut mettre en évidence que des traces d'acétylcholine, tandis que dans les ganglions nerveux la teneur en est particulièrement élevée et le taux en est au moins doublé par le chauffage vers 70°.

Influence des glucides, lipides et protides sur le quotient respiratoire et le métabolisme de base de l'homme au repos et en équilibre thermique. — MM. LECOQ et J.-M. JOLY montrent, au moyen de déterminations échelonnées sur quatre heures, chez le sujet au repos et en équilibre thermique, que l'ingestion de glucose, d'huile d'olive et de peptone entraîne des modifications très comparables des échanges respiratoires, malgré les caractères chimiques importants qui séparent les glucides des lipides et des protides. Il est probable que, dans tous les cas, un processus complexe de combustion s'institue, où chacun des représentants des diverses fractions organiques est intéressé.

Recherches sur le choc anaphylactique in vitro. Mise en liberté d'une substance active par le poumon isolé du

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

cobaye sensibilisé. — MM. G. UNGAR et J.-L. PARROT ont pu provoquer le choc anaphylactique sur des organes isolés. En mettant en contact le poumon d'un cobaye sensibilisé et l'antigène, le liquide ambiant s'enrichit d'une substance qui, appliquée sur l'intestin isolé du cobaye, en détermine la contraction. Il s'agit vraisemblablement d'une substance histaminique. La méthode, mise à l'abri des causes d'erreur par l'utilisation d'un certain nombre de témoins, pourrait servir à l'étude du mécanisme du choc anaphylactique,

Titres apparents et titres réels des sérums antitoxiques. — M.M. WEINBERG et Mlle GUILLAUMIE ont constaté que le titre antihémolytique d'un sérum varie avec l'échantillon de l'hémolysine utilisée pour le titrage ; on observe des faits du même ordre dans la détermination *in vivo* sur la souris du titre antitoxique d'un sérum thérapeutique. Ils concluent que la méthode classique de titrage des sérums antitoxiques ne montre que le titre apparent ; le titre réel ne pourrait être obtenu qu'en préparant à l'état aussi pur que possible la toxine et les anticorps du sérum spécifique. En attendant, il faudrait titrer les sérums spécifiques avec une dose test de toxine stabilisée et de même préparation universellement admise par tous les laboratoires.

F.-P. MERKLEN.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 25 novembre 1936.

Humérus reconstitué par greffe osseuse. — M. DESPLAS a pu reconstituer par greffe centrale une partie de diaphyse humérale reséquée pour kyste essentiel ; il montre les possibilités très grandes de ce mode de greffe.

M. MATHIEU préfère dans ces cas placer les greffons à l'intérieur de la cavité kystique dont il n'enlève pas les parois.

M. DUVAL a observé une récidive de kyste au niveau d'un greffon total remplaçant une diaphyse tibiale.

M. MOUCHET, par curettage simple, n'a vu qu'une seule récidive.

M. RICHARD utilise le greffon central dans les résections pour ostéomyélites ne consolidant pas.

M. LEVEUF montre la résorption rapide des greffons et la rapidité d'apparition d'une nouvelle cavité médullaire.

Introduction de substances radio-actives dans l'organisme. — M. BÉCLÈRE rapporte les conclusions de la commission nommée pour en étudier les effets. Quel qu'en soit le mode d'introduction, les substances radio-actives sont susceptibles de donner des complications même très tardives ; depuis les simples ostéo-radionécroses jusqu'à de véritables sarcomes. Le mésothorium se montre, parmi ces corps, un des plus actifs par suite de sa désintégration relativement rapide.

Le rapporteur montre les dangers des corps radio-actifs tant thérapeutiques que diagnostiques et conclut en souhaitant la disparition des premiers et la stricte limitation des seconds.

Reposition sanglante dans les luxations congénitales de la hanche. — M. LEVEUF, après avoir rappelé les vicissitudes du traitement sanglant, montre que les résultats éloignés de la reposition orthopédique ne sont pas aussi bons qu'il est classique de le dire. M. LEVEUF, après avoir étudié les causes d'irréductibilité et d'incoercibilité, présente de fort belles projections de sa technique et de ses résultats. Il termine en faisant défiler un certain nombre de ses petits opérés.

Appendicite à chaud. — M. Yves DELAGENIÈRES présente sa statistique intégrale de 621 appendicites opérées de parti pris quel que soit l'horaire de la crise : parmi les 17 morts, aucune ne peut être portée au compte de l'intervention. L'auteur montre l'absence de parallélisme entre l'horaire et la gravité des lésions.

Séance du 2 décembre 1936.

Appendicite aiguë. — M. Pierre DUVAL apporte la statistique intégrale des appendicites opérées à l'hôpital de Vaugirard depuis quinze ans, soit 1 420 avec 83 morts, soit 5,8 p. 100. En fait, l'éducation des médecins de la circonscription a été telle qu'on peut établir deux séries, l'une jusqu'en 1934 avec 7 p. 100 de mortalité sur 1 104 cas ; l'autre depuis 1934 avec 1,55 p. 100 de mortalité sur 316. L'amélioration du pourcentage est due à la précocité de l'intervention : 45 p. 100 des malades ont été vus avant la quarante-huitième heure dans la seconde série et parmi eux il n'y a pas un seul décès.

Luxation traumatique de la hanche irréductible. — M. MATHIEU rapporte une observation de MM. Evrard et Duban (Armée) dans laquelle l'irréductibilité était causée par l'interposition d'un fragment cotyloïdien : les auteurs purent réduire après avoir désenclavé le fragment par traction transversale.

Fracture transcotyloïdienne avec luxation iliaque de la tête. — M. MOUCHET rapporte une observation de M. Mégnin (Alger) qui juge nécessaire d'isoler ce type particulier de fracture à côté des enfoncements et des fractures du sourcil cotyloïdien.

Kystes non parasitaires du foie. — M. WILMOTH présente deux observations de MM. Fabre et Gadrat (Toulouse) qui insistent sur l'extrême difficulté du diagnostic et la facilité de l'intervention dans leurs deux cas.

Nécrose chimique par crayon d'aniline. — M. MOURE analyse deux observations de MM. Mégnin et Abitboul qui montrent l'excellence des résultats que peut donner le lavage très prolongé des tissus colorés à l'alcool.

Lipome du mésocôlon. — M. SOUPAULT rapporte une observation de M. Thaleimer concernant un lipome monstrueux du mésocôlon pesant 17 kilogrammes et guéri.

Ulcus perforé duodénal. — M. GRIMAULT (Algrange) communique une observation d'ulcus double du duodénum dont un perforé : ne pouvant oblitérer la perforation, l'auteur se décide à la gastropylorectomie ; le malade guérit sans incident.

A propos des colibacillémies. — M. ROUHIER communique deux observations de colibacillémie mortelles *post abortum*, et montre que, contrairement à la conception classique, les colibacillémies peuvent être mortelles.

MM. CHEVASSU et SAUVÉ ont observé chacun un cas suivi de guérison par sérothérapie dans le premier, par bactériophage intraveineux dans l'autre.

M. MONDOR insiste sur ce que tous les microbes sont susceptibles de donner des septicémies post-abortives ;

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

mais, quant à lui, il estime que le colibacille est trop fréquemment rencontré dans le sang de telles malades pour que l'on ait le droit de parler de septicémie sur le vu d'une seule hémoculture.

Diagnostic des endométriomes de l'ovaire. — MM. Brocq et Palmer, après avoir opéré avec succès deux endométriomes ovariens dont un se compliquait de métastase recto-vaginale, insistent sur l'importance primordiale d'un diagnostic précoce, préopératoire ou tout au moins peropératoire. Cliniquement, ils insistent sur les dysménorrhées surtout menstruelles et sur les poussées de pelvipéritonites avec hématocèle du Douglas, sur la stérilité et enfin sur les modifications de la tumeur avec les règles.

M. Moulonguet aux signes précédents ajoute la fièvre, l'évolution et l'extrême tendance aux récidives, et précise le rôle thérapeutique de la radiothérapie.

M. Mondor possède un cas d'endométriome après césarienne guéri par intervention. Henri Redon.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET D'HYGIÈNE TROPICALES

Séance du 29 novembre 1936.

Anatomie, physiologie, hygiène de la bouche, du pharynx et de l'œsophage aux Colonies. — Mme Alice et Jean Schunck de Goldfiem rapportent les résultats d'enquêtes anthropologiques sur les organes buccaux des différentes races vivant sous les tropiques, les lèvres, les papilles linguales, etc. Ils étudient l'évolution des dents, celle en particulier de la dent de sagesse en Afrique. Ils montrent ensuite l'importance physiologique de ces organes et aussi de l'amygdale.

Ils insistent sur la nécessité de l'hygiène mécanique (protection contre les poussières, etc.) chimique et biochimique particulièrement importante aux Colonies, et facile à réaliser avec quelques soins.

M. Broquet remarque que les questions dentaires prennent une importance de plus en plus grande dans les Colonies comme ailleurs. On a observé les relations entre l'alimentation et la dentition. L'Esquimau, avec un régime alimentaire semblable au nôtre, présente des maux de dents. La dentition des Japonais est défectueuse, celle des Chinois est bonne.

M. Tanon rappelle que les troubles dentaires chez les indigènes sont plus rares chez ceux qui vivent dans la brousse que chez ceux qui fréquentent les villes. Beaucoup d'indigènes de la brousse africaine aiguisent leurs dents en les limant, et semblent cependant n'avoir pas de caries, mais seulement une usure mécanique.

M. Neveu fait remarquer que la question dentaire est bien ancienne ; elle est déjà mentionnée dans les mémoires de Regnard, au XVIIe siècle. Pierre Sée.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 *novembre* 1936.

Hémocrinothérapie dans les affections staphylococciques cutanées. — M. Filderman présente 108 observations d'affections staphylococciques cutanées (furonculoses, anthrax, etc.) au cours d'une période de onze ans soumises à l'hémocrinothérapie. 83 malades ont guéri sans récidive, 10 après récidive, 6 ont des récidives insignifiantes ne demandant pas de traitement. Cela fait 93 bons cas et 6 relativement bons, sur 108. Des 9 cas restant, 3 seulement sont des échecs véritables. Les autres 6 malades avaient guéri, mais ils ont récidivé et ont guéri par des traitements appliqués par d'autres médecins. La méthode de l'auteur présente l'avantage d'une action heureuse sur de nombreuses affections associées, simultanément ou non, et dépendant d'un trouble endocrinien.

Note sur les indications thérapeutiques des U. V. — M. Lobligeois insiste sur l'avantage peu connu de l'emploi des rayons ultra-violets en cas de dysménorrhée douloureuse. Il cite à ce sujet toute une série de cas très encourageants.

Indications thérapeutiques dans les complications de l'avortement criminel et lors des perforations de l'utérus. — M. Robert Kaufmann est d'avis qu'en matière d'avortement criminel, il faut tenir l'interrogatoire pour à peu près nul. Le curettage est une opération difficile et aveugle, qui a une indication formelle, mais absolument restreinte : la rétention de matières infectées ; celui qui l'exécute hérite souvent d'une inoculation ou d'une perforation causées par les manœuvres antérieures. Si les phénomènes infectieux ou péritonéaux se généralisent, il faut *toujours* ouvrir le ventre. Toute opération conservatrice sera drainée. Si l'on doit sacrifier l'utérus, rien ne draine si bien que l'hystérectomie totale.

Mission au Brésil. — M. G. Luys rend compte d'une mission dont il a été chargé dans ce pays en septembre dernier. Il fit des conférences à l'Académie de médecine, à la Société d'urologie brésilienne et à la Société de médecine, ainsi que des séances opératoires dans divers hôpitaux. Partout il reçut l'accueil le plus flatteur et le plus chaleureux et il recueillit ainsi un faisceau de faits scientifiques des plus intéressants qu'il expose à la Société de médecine de Paris.

Contribution expérimentale à l'étude de quelques propriétés pharmacodynamiques du totum glycosidique de Digitalis lanata. — MM. Tison et A. Dugay étudient quelques propriétés pharmacodynamiques de la nouvelle digitale : *Digitalis lanata* Ehr. Après avoir rappelé dans un bref préambule l'historique de l'introduction en France de cette nouvelle plante par le professeur Perrot en 1930, ils passent plus spécialement à l'étude du totum glycosidique de la plante. Ils déterminent chez le cobaye la dose léthale du totum lui-même et de ses six composants. L'auteur étudie ensuite l'action du produit aux doses subléthales et enfin aux doses thérapeutiques (un quart de milligramme par kilogramme). Puis vient une étude chez le lapin. Les injections faites chez cet animal par voie intraveineuse sont très bien tolérées. La dose de 0,0003 par kilogramme est continuée pendant trente jours consécutifs chez un lapin qui ne présente aucun trouble ni général ni local. Enfin, toujours chez le lapin, l'auteur étudie l'action immédiate du produit par voie intraveineuse, à la dose de 0,00028 par kilogramme. Il enregistre les modifications du rythme cardiaque consécutives à l'introduction du médicament. En conclusion, l'auteur souligne les propriétés suivantes qui ont été mises en évidence au cours de son travail : *a)* Toxicité relativement élevée ; *b)* innocuité remarquable aux doses thérapeutiques ; *c)* élimination parfaite sans accumulation ; *d)* aucune action sclérosante locale sur les parois vasculaires ; *e)* action cardiotonique remarquable rapide, intense, cyclique et sans aucune séquelle pathologique.

G. Luquet.

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS GYNÉCOLOGIQUES ET OBSTÉTRICALES

ÆSCULASE. — Alcoolature de marron d'Inde, extraits d'hamamelis et de capsicum.

INDICATIONS. — Tous les troubles circulatoires, puberté, ménopause, hémorroïdes.

Michelon, 20, boulevard Heurteloup, Tours (Indre-et-Loire).

AGOMENSINE et SISTOMENSINE CIBA. — Substances extractives de l'ovaire, à action différenciée et antagoniste, l'une activant la fonction menstruelle et l'autre la régularisant.

INDICATIONS. — **Agomensine** : Symptômes aménorrhéiques. — **Sistomensine** : Symptômes hyperménorrhéiques.

Laboratoires Ciba, 109, boulevard de la Part-Dieu, à Lyon.

ANDROSTINE CIBA (Extrait complémentaire). — Hormone hétérologue issue de la lignée spermatogénétique. Action neutralisatrice dans l'hyperovarie, les troubles de la puberté et la ménopause. Peut se formuler en association avec l'agomensine ou la sistomensine, suivant le cas.

INDICATIONS. — Aménorrhée, troubles de la ménopause, hypersthénie génitale.

Laboratoires Ciba, 109, boul. de la Part-Dieu, Lyon.

APHLOINE TROUETTE-PERRET. — Elixir contenant en totalité les principes extractifs des plantes tropicales : Aphloia, Piscidia, Hamamelis, Hydrastis, Viburnum.

INDICATIONS. — Troubles de la ménopause, de la puberté et du système veineux.

Trouette-Perret, 61, avenue Philippe-Auguste, Paris (XIe).

ARISTARGOL. — Complexe ichtyol-argent colloïdal ; antiseptique, décongestionnant, cicatrisant, non caustique.

Poudres, ovules, pommade.

INDICATIONS. — Oto-rhino-laryngologie, gynécologie, dermatologie, hémorroïdes.

Laboratoire Galbrun, 10 et 12, rue de la Fraternité, Saint-Mandé (Seine).

CAPSULES OVARIQUES VIGIER. — A 0gr,20 de substance ovarienne.

DOSES. — 2 à 6 capsules par jour.

INDICATIONS. — Ménopause (naturelle et post-opératoire), aménorrhée, chloro-anémie, etc.

Huerre et Cie, 12, boulevard Bonne-Nouvelle, Paris.

CEINTURE GYNECIA. — Ceinture idéale de maternité, soutient et conserve l'allure élégante. Grâce à son triple laçage extensible et à son panneau mobile interchangeable, peut être employée pendant et après la grossesse.

Moch et Dame Coullaud, 32, rue des Archives, Paris (IVe).

CRINO-MENSTRYL (Ovaire sans corps jaune, hypophyse antérieure, folliculine). — Aménorrhées. Dysménorrhées.

Comprimés : 2 à 6 par jour.

Fournier, 7, rue Biscornet, Paris.

DIIODOTYROSINE « ROCHE ». — Iode organique. — Hémorragies génitales. Métrorragies de la ménopause. Freine l'hyperthyroïdisme.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris (IVe).

ENDOCRISINES. — **Ovaire** (Cachets, comprimés, solutions injectables). — Toutes les indications de l'opothérapie ovarienne.

Solutions injectables de lobe postérieur d'hypophyse en ampoules de 1 centimètre cube correspondant à 5 unités physiologiques (spécialement destinées à l'usage obstétrical). *« Physocrisine » usage obstétrical.*

Fournier, 7, rue Biscornet, Paris.

GYNOCALCION. — Accidents de la *ménopause* et de la *puberté* chez la femme. Troubles endocriniens. Action sympathico-tonique du calcium et du phosphore unie au traitement opothérapique.

Gynocalcion M (ménopause) : quatre dragées trois fois par jour, dix à quinze jours par mois dans les jours qui suivent les règles.

Gynocalcion P (puberté) : quatre dragées trois fois par jour, huit jours avant les règles et huit jours après

Laboratoires Cortial, 7, rue de l'Armorique, Paris.

IODALOSE GALBRUN. — Iode physiologique assimilable. Artériosclérose, maladies du cœur et des vaisseaux.

DOSES MOYENNES. — XX à LX gouttes par jour,

Laboratoire Galbrun, 10 et 12, rue de la Fraternité, Saint-Mandé (Seine).

LANTOL. — Rhodium colloïdal électrique (Procédé Couturieux), spécifique des septicémies puerpérales et autres.

DOSES. — 1 à 4 ampoules par jour. Pas de contre-indications. (Admis dans les hôpitaux de Paris.)

Laboratoires Couturieux, 18, avenue Hoche, Paris.

ŒSTROGLANDOL « ROCHE ». — Folliculine cristallisée. — Onguent. Prurit vulvaire.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris (IVe).

SEPTICÉMINE. — Préventif et curatif des infections *post partum* et *post abortum*.

Préventif. — Accouchements longs et laborieux, poche des eaux rompue prématurément, interventions obstétricales : injecter 4 à 10 centimètres cubes au cours du travail et pendant les trois premiers jours des suites de couches.

Curatif. — Injecter 4 à 10 centimètres cubes et plus en une ou plusieurs fois, intraveineux ou intramusculaires suivant l'intensité de l'infection.

Laboratoires Cortial, 7, rue de l'Armorique, Paris.

SPASMALGINE ROCHE. — Antispasmodique, sédatif, ocytocique. Comprimés, ampoules, suppositoires.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris (IVe).

TAMPOL ROCHE. — Pansement gynécologique idéal.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris (IVe).

VASOLAXINE. — Huile de paraffine spécialement rectifiée ; convient particulièrement pour traiter la constipation des femmes en couches.

Fournier, 7, rue Biscornet, Paris.

NOUVELLES

Académie de médecine. — Service de l'hygiène et des maladies contagieuses (1936). — L'Académie a proposé les récompenses ci-après aux personnes qui se sont particulièrement signalées par leurs travaux spéciaux sur les épidémies observées en France et dans les pays de Protectorat pendant l'année 1935.

1° *Rappel de médaille de vermeil* : M. Rochaix, professeur à la Faculté de médecine de Lyon. — 2° *Médailles d'argent* : MM. les Drs Savernin, directeur du Service de santé du Gouvernement militaire de Paris; Lavigne, inspecteur départemental d'hygiène des Ardennes ; Peretti, inspecteur départemental d'hygiène de l'Ariège ; Triollet, inspecteur départemental d'hygiène du Morbihan ; Jouen, inspecteur départemental d'Hygiène de la Seine-Inférieure ; Duvic, inspecteur départemental d'hygiène de la Vendée ; Lévy-Robert, inspecteur départemental d'hygiène de la Meurthe-et-Moselle ; Despeigne, médecin inspecteur des épidémies dans la Savoie ; Monpère, médecin de colonisation à la Meskiana (Algérie); Salvan, médecin de colonisation à Flatters (Algérie). —

3° *Médaille de bronze* : MM. les Drs Leclainche ; Hazemann, chef technique du cabinet au ministère de la Santé publique; François Cléret, inspecteur départemental d'hygiène de l'Allier ; Vilette, inspecteur départemental d'hygiène des Côtes-du-Nord ; Lesbroussart, inspecteur départemental d'hygiène du Calvados ; Pitti-Ferrandi, inspecteur départemental d'hygiène de la Corse ; Vidy, inspecteur départemental d'hygiène de la Drôme ; Scherb, inspecteur départemental d'hygiène de l'Hérault ; Endes, inspecteur départemental d'hygiène de la Manche ; Barelle, inspecteur départemental d'hygiène de la Saône-et-Loire ; Boulangier, inspecteur départemental d'hygiène de la Moselle ; Delteil, inspecteur départemental d'hygiène du Lot-et-Garonne ; Renard, inspecteur départemental des Services d'hygiène à Versailles ; Faucillon, médecin inspecteur des épidémies en Indre-et-Loire ; Gillard, médecin inspecteur des épidémies en Indre-et-Loire ; Lemesle, médecin inspecteur des épidémies en Indre-et-Loire ; Joly, médecin inspecteur des épidémies en Lozère ; Lancelot, médecin du bureau d'hygiène de la Rochelle ; Lemaire, médecin du bureau d'hygiène de Vesneuil (Algérie) ; Altenbach, médecin du bureau d'hygiène de Versailles.

Service des eaux minérales (1936). — L'Académie a proposé pour le service des Eaux minérales de la France, pendant l'année 1935, des médailles d'honneur de l'Hygiène publique aux personnes dont les noms suivent : 1° *Médaille d'argent* : M. le Dr Uzan (Maurice), de Vals-les-Bains.

2° *Médaille de bronze* : M. le Dr Pouy (Roger), de Capvern.

Service de l'hygiène de l'enfance (1936). — M. le ministre de la Santé publique met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine une somme de 1 600 francs destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge.

L'Académie accorde aux lauréats dont les noms suivent les distinctions ci-après, pour leurs travaux en 1935.

Rappels de médailles de vermeil : MM. les Drs Beutter, président de la Fédération des Œuvres publiques et privées du département de la Loire ; Cassoute, professeur à la Faculté de Marseille ; Huber (J.), médecin des hôpitaux à Paris ; Onillon, médecin inspecteur du Service des Enfants du premier âge de la Loire-Inférieure ; Rouèche, à Paris. — *Médailles de vermeil* : MM. les Drs Dubois (Augustin), à la Motte-Beuvron (Loir-et-Cher) ; Leenhardt, professeur à la Faculté de Montpellier ; Paterne, à Ménard-le-Château (Loir-et-Cher) ; Petit (Georges), membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique ; Vallerant, à Bolbec (Seine-Inférieure) ; Zuber, médecin du Service des Enfants-Assistés à Paris. — *Médailles d'argent* : MM. les Drs Baize, médecin aux Enfants-Assistés à Paris ; Bonnet (Noël), à Paris ; Creutz, médecin communal à Aïn-Témouchent (Oran) ; Dabout, médecin-inspecteur de la Protection de l'Enfance, à Paris ; Fournier, médecin de colonisation à Canrobert (Constantine) ; Fulconis, à Nice (Alpes-Maritimes) ; Gosselin, à Lille (Nord) ; Labbé, médecin-inspecteur de la Protection de l'Enfance à Paris ; Maillet, médecin de la fondation Parquet, à Neuilly (Seine) ; Mazella, médecin de colonisation à Tigzirt-Dra-el-Mizan (Alger) ; Nicolas, directeur de l'école de plein air de Liesse (Aisne) ; Peyronnet de la Fonvielle, à Marmande (Lot-et-Garonne) ; Picard, secrétaire général du Comité départemental d'hygiène sociale à Vesoul (Haute-Saône) ; Snati, médecin à Sétif (Constantine). — *Rappels de médailles de bronze* : MM. les Drs Apard, à Reuilly (Indre) ; Avril, à Charlieu (Loire) ; Carrère, à Sedeilhac (Haute-Garonne); Hiblot, à Châteaudun (Eure-et-Loir) ; Ravon, secrétaire général de la Mutualité maternelle départementale à Saint-Etienne. — *Médailles de bronze* : MM. les Drs Andrieu, de Carhaix (Finistère) ; Andrieu, médecin inspecteur du Service de la Protection du premier âge à Montpellier ; Aurand, à Villars-du-Var (Alpes-Maritimes); Baillat, à Belmont (Loire) ; Ball, médecin inspecteur de la Protection de l'Enfance à Paris ; Baruteau, à Henrichemont (Cher) ; Basset, médecin du Service de la Protection des Enfants du premier âge à Ydes (Cantal) ; Benoist, à Vence (Alpes-Maritimes) ; Bosonnet, à Aix-les-Bains (Savoie) ; Bourdin, médecin lieutenant des troupes coloniales à Madagascar ; Breysse, à Vallon (Ardèche) ; Castille, à Dijon (Côte-d'Or) ; Chabanne, médecin-che, au sanatorium de Saint-Trojan (Charente-Inférieure) ; Chesneau, médecin de l'Assistance médicale indigène (Indochine) ; Couronnet, à Nantes (Loire-Inférieure) ; Dautheville, à Chomérac (Ardèche) ; Foix, à Saint-Plancard (Gironde) ; Fuminier, inspecteur d'hygiène à Cahors (Lot) ; Gentil, à Attignies (Ardennes) ; Guillou à Lanvollon (Côtes-du-Nord) ; Hudellet, médecin-chef du sanatorium de Banyuls (Pyrénées-Orientales) ; Lyautey, médecin à Saint-Ferjeux-Besançon (Doubs) ; Martin, à Souvigny (Allier) ; Monnier, médecin-inspecteur de la Protection des Enfants du premier âge à Labessérette (Cantal) ; Pellagot, à La Guerche (Cher) ; Perrion, à Nantes (Loire-Inférieure) ; Poulaine, médecin des Enfants-Assistés de la Seine à Avallon (Yonne) ; Roudie, à Fumel (Lot-et-Garonne) ; Raffali, à Saillans (Var) ; Rebuffet, à Puget-Théniers (Alpes-Maritimes) ; Savary, médecin-chef du Centre d'élevage de Mandres, à Brunoy ; Mme Sedan, à Marseille.

Service de la vaccine (1936). — 1° *Vaccination anti-variolique*. — L'Académie accorde, pour le Service de la vaccination anti-variolique en 1935 :

NOUVELLES *(Suite)*

Médailles de vermeil : MM. les Drs Nicolai, à Alger ; Pagès, à Alger. — *Rappel de médaille d'argent* : M. le Dr Liaguet (Bastien), à Bordeaux (Gironde). — *Médailles d'argent* : MM. les Drs Cambillet, à Boukanefis (Algérie) ; Eyssette-Aucaigne, à Vialar (Algérie) ; Forrer (Frédéric), à Dettwiller (Bas-Rhin) ; Haag (Alphonse), à Ribeauvillé (Haut-Rhin) ; Monpère, à La Meskiana (Algérie) ; Rivière, à Oued-Taria (Algérie) ; Saintourens, à Barika (Algérie) ; Schott (Léon-Marie-Joseph), à Colmar (Haut-Rhin) ; Triollet, à Saint-Arnaud (Algérie) ; Winter (Emile), à Thann (Haut-Rhin) ; M. Allègre (Joseph), à Marseille (Bouches-du-Rhône). — *Médailles de bronze* : MM. les Drs Bostetier (Auguste-Félix), à Brumath (Bas-Rhin) ; Conrath (Jules), à Neuf-Brisach (Haut-Rhin) ; Favre (Charles-Bru no-François), à Saint-Etienne (Loire) ; Federlin (Louis), à Wesserling (Haut-Rhin) ; Fenolhac (Raoul-Jacques-Emile), à Combronde (Puy-de-Dôme) ; Gachon (Jean), à La Bourboule (Puy-de-Dôme) ; Jaeger (Edmond), à Colmar (Haut-Rhin) ; Jozancy (Marcel), à Saint-Gervais-d'Auvergne (Puy-de-Dôme) ; Kappler (Jean-Emile), à Strasbourg (Bas-Rhin) ; Kraener (Auguste-Ernest), à Pfaffenhoffen (Bas-Rhin) ; Krieg (Joseph), à Lauterbourg (Bas-Rhin) ; Metz (Laurent), à Strasbourg-Neudorf (Bas-Rhin) ; Muller (Marie-Joseph-Paul), à Molsheim (Bas-Rhin) ; Papon (Emile-Pierre), à Combronde (Puy-de-Dôme) ; Perrier (Antonin-Anet-Léon), à La Monnerie-le-Montel (Puy-de-Dôme) ; Schmittbuhl (Jacques-Edonard-Adrien), à Schirmeck (Bas-Rhin).

2° *Vaccination ntidiphtérique*. — L'Académie accorde pour le Service de la vaccination antidiphtérique en 1935 :

Médailles d'argent : Mme le Dr Perrot (Jane), à Saint-Etienne (Loire) ; MM. les Drs Michel (Fernand-Zéphir), à Croisilles (Pas-de-Calais) ; Mosse (Joseph), à Saint-Etienne (Loire) ; Touillon (Charles), à Bourg-en-Bresse (Ain). — *Médailles de bronze* : MM. les Drs Aribaud (Pierre-Albert-Charles), à Condrieu (Rhône) ; Bollet (Donat), à Saint-Etienne (Loire) ; Dubois (Fernand), au Havre (Seine-Inférieure) ; Grancher (Lucien), à Rouen (Sine-Inférienre) ; Riou (Marcel), à Saint-Etienne (Loire).

Faculté de médecine de Nancy. — Prix de la Faculté. Année scolaire 1935-1936.

Prix de fin de 1re année. — 1er prix : M. Dambrine Raymond-Louis, de Château-Gontier (Mayenne). — Mention *honorable* : M. Wahl (Claude-Michel), de Dijon (Côte-d'Or).

Prix de fin de 2e année. — 1er prix : M. Roux (Jean), de Commerey (Meuse). — Mention *très honorable* : Mlle Bolikówski (Hedwige-Hélène-Noémie), de Pontoise (Seine-et Oise) ; Mlle Strub (Suzanne-Marie), de Nancy.

Prix de fin de 3e année. — 1er prix : M. Castelain (Guy-Paul-Pierre), de Nantes (Loire-Inférieure).

Prix de fin de 4e année. — 1er prix : M. Bussienne (Pierre-Georges-François), de Nomény (Meurthe-et-Moselle). — Mention *honorable* : M. Abel (François-Paul), de Nancy.

Prix de fondation. — *Prix Bénit dit « de l'Internat »* : M. Grumillier (Henri-Marie-Edouard-Jules), de Mourmelon-le-Grand (Marne).

Prix Pierre Schmitt (décerné à l'interne des hôpitaux reçu le 1er au concours de 1935) : M. Jacops (Robert-Marie, de Nancy.

Prix Alexis Vautrin. — 1er prix : M. Girard (Jean-Georges), de Hérimoncourt (Doubs). — 2e prix : M. Grumillier (Henri-Marie-Edouard-Jules), de Mourmelon-le-Grand (Marne).

Prix Ritter. — M. (Feder Meier), de Bolechow (Pologne).

Prix décerné exceptionnellement par l'Association des externes et anciens externes, en l'année 1936, aux externes des hopitaux reçus 1er et 2e au concours. — 1° M. Bertin (Raymond-André-Alexis), de Briey (M.-et-M.). — 2° Mlle Noël (Simone-Françoise), de Gerbéviller (M.-et-M.).

Prix de fin d'études dentaires. — Mention *honorable* : M. Rubinsztejn (Izaak), de Siedlce (Pologne).

Prix de Thèse. — *Prix du département de Meurthe-et-Moselle et de la ville de Nancy.* — *Ex-æquo* : M. Chavarot (Maurice-Pierre-Gabriel), de Vaucouleurs (Meuse) et M. Weber Pierre-Marie-Joseph, de Lyon (Rhône).

Prix de la Fondation Schemel. — *Ex-æquo* : Mlle Binet (Anne-Marie-Caroline), de Hayange (Moselle), et M. Petit (Henri-Alphonse-Constant), de Gespunsart (Ardennes).

Mention *très honorable* (les étudiants sont classés par ordre alphabétique) : M. Canel (Gaston-Robert), de Belleville (Meuse) ; Mlle Gonand (Marguerite), d'Epinal (Vosges) ; M. Lardin (Gaston-Joseph-Charles-Nicolas), d'Is-en-Bassigny (Haute-Marne) ; Mlle Petit (Simone-Renée-Marcelle) ; de Nancy ; M. Vaxman (Huma), de Moghilev-Podolia (Russie) ; M. Vernier (Raymond-Jules-Auguste), de Douai (Nord) ; M. Vial (Raymond-Georges), de Nancy.

Mention *honorable* : M. Benoît (Frédéric-Charles-Félix), de Port-sur-Saône (Haute-Saône) ; M. Cognard (Henri-Louis), de Cluny (Saône-et-Loire) ; M. Couillault (Serge-Jacques-Robert), de Neuville (Vienne) ; M. Geller (Siegfried), de Cernauti (Roumanie) ; M. Juillien (François-Marie-Gabriel), de Flétrange (Moselle) ; Mlle Marécaux (Lucienne-Marie), de Douai (Nord) ; Mlle Morel (Antoinette-Marie-Adrienne), de Nancy ; M. Roizenboim (David), de Bairamcea (Roumanie).

La Société chinoise de Saint-Luc. — *Shanghai.* Pour mieux servir la cause catholique, les médecins chinois catholiques de Shanghaï ont fondé la Société chinoise de Saint-Luc. La séance inaugurale de la Société eut lieu à la nouvelle salle de réunion de l'Université « l'Aurore ». Les personnes présentes à cette séance étaient au nombre de 42 : 26 membres titulaires, 7 membres associés et 9 personnalités invitées.

Après d'intéressants discours, le Comité exécutif fut élu. Le but de la Société est de créer un centre pour tous les médecins catholiques chinois, d'étudier les questions médico-catholiques générales et surtout locales et de faire accepter et pénétrer les principes moraux catholiques dans le milieu chinois. La Société publiera sous peu un bulletin trimestriel.

Chaire d'hygiène et de clinique de la première enfance (Hospice des Enfants-Assistés, clinique Parrot). — M. le professeur P. LEREBOULLET a repris ses leçons cliniques le mercredi 18 novembre, à 11 heures, à l'amphithéâtre Parrot, à l'hospice des Enfants-Assistés (74, rue Denfert-Rochereau) et les continue les mercredis suivants, à la même heure. L'enseignement des stagiaires commencera le mardi 3 novembre.

NOUVELLES *(Suite)*

Organisation de l'enseignement. — Tous les matins, à 10 heures, visite par le professeur Lereboullet et le Dr Marcel Lelong, agrégé, médecin des hôpitaux, dans les salles de médecine et les nourriceries.

Le lundi, à 11 heures : Conférence sur les maladies du tube digestif dans la première enfance par M. Marcel, Lelong, agrégé, à l'amphithéâtre Parrot.

Le mardi, de 10 heures à midi : Au pavillon Pasteur consultation de neuropsychiatrie infantile par le Dr Pichon, médecin des hôpitaux. Consultation de dermato-syphiligraphie infantile par le Dr M. Benoist, ancien chef de clinique. — A 11 heures : Présentation de malades à l'amphithéâtre Parrot.

Le mercredi, à 11 heures : Leçon clinique à l'amphithéâtre Parrot par le professeur Lereboullet.

Le jeudi, de 10 heures à midi : Au pavillon Pasteur, policlinique du nourrisson. — A 11 heures : Leçon d'hygiène et de clinique du premier âge par M. Marcel Lelong, dans le service de médecine.

Le vendredi, de 10 heures à midi : Au pavillon Pasteur consultation de médecine infantile et de dermato-syphiligraphie. — A 11 heures : Présentation de malades à l'amphithéâtre Parrot et conférence de diététique et de thérapeutique infantile par le professeur Lereboullet.

Le samedi, de 10 heures à midi ; Au pavillon Pasteur, policlinique du nourrisson. — A 11 heures : Présentation de malades à l'amphithéâtre Parrot.

En outre, à partir du 12 novembre et pendant le semestre d'hiver, le jeudi, de 9 à 11 heures (pour les dames et les jeunes filles) :

Enseignement pratique de puericulture (Institut de Puériculture de la ville de Paris et du département de la Seine).

S'inscrire pour cet enseignement au laboratoire.

Il sera suivi de 11 heures à midi d'une consultation de nourrissons à l'amphithéâtre Parrot.

Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Asile Clinique, 1, rue Cabanis-XIVe. Professeur : M. Henri Claude). — M. le professeur Henri Claude a commencé ses leçons cliniques à l'amphitéâtre de la clinique le mercredi 18 novembre 1936, à 10 h. 30, et continue son enseignement les dimanches et mercredis suivants, à la même heure.

Le mercredi, à 10 h. 30 : Leçon policlinique avec présentation de malades.

Amphithéatre d'anatomie. — M. le Dr Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.

Un cours sur la chirurgie des membres (technique opératoire), en dix leçons, par M. le Dr J.-C. Rudler, prosecteur, a commencé le lundi 7 décembre 1936, à 14 heures, et se continue les jours suivants à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve)

Le registre d'inscriptions est clos deux jours avant l'ouverture du cours. Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

Programme du cours. — I. *Chirurgie de la main.* Les suppurations de la main : Les plaies des tendons. Indications et technique des sutures tendineuses et des greffes. Les amputations des doigts en pratique courante.

Les assistants répéteront : les incisions de drainage des panaris, des phlegmons commissuraux, des phlegmons des gaînes digitales et digito-palmaires, la suture des tendons fléchisseurs, les amputations des doigts.

II. *Chirurgie du poignet et de l'avant-bras* : Technique de la résection du poignet. Technique de l'ostéosynthèse des deux os de l'avant-bras. Amputations de l'avant-bras.

Les assistants répéteront ces trois opérations.

III. *Chirurgie du coude et du bras* : Technique de la résection du coude. Technique de l'ostéosynthèse de la diaphyse humérale. Amputations du bras.

Les assistants répéteront ces trois opérations.

IV. *Chirurgie de l'épaule et de la ceinture scapulaire* : Technique de la résection de l'épaule. Technique de l'allongement de l'apophyse coracoïde (luxations récidivantes de l'épaule). Technique de l'ostéosynthèse de la clavicule.

Les assistants répéteront ces trois opérations.

V. *Chirurgie du pied et du cou-de-pied* : Amputations pratiques du pied. Astragalectomie.

Les assistants répéteront : l'amputation trans-métatarsienne, l'amputation de Ricard.

VI. *Chirurgie de la jambe* : Technique de l'ostéosynthèse du tibia. Amputation de la jambe.

Les assistants répéteront ces deux opérations.

VII. *Chirurgie du genou* : Technique de la résection du genou (Opération de Fredet).

Les assistants répéteront cette opération.

VIII. *Chirurgie de la cuisse* : Ostéosynthèse de la diaphyse fémorale. Amputations de cuisse.

Les assistants répéteront ces deux opérations.

IX. *Chirurgie de la hanche* : Enclouage du col du fémur (Clou de Smith Peterson). Résection arthroplastique.

Les assistants répéteront ces deux opérations.

X. *Chirurgie de la hanche* : Butées ostéoplastiques. Arthrodèse.

Les assistants répéteront ces deux opérations.

Thèses de la Faculté de médecine de Paris. — 14 *Décembre.* — M. Maurage, Etude de l'endocrinoïde maligne lente. — M. Chautemps, Les artérites juvéniles. Etude clinique, physiopathologique, thérapeutique.

15 *Décembre.* — M. Gogue, Etude de la réduction sanglante des luxations rétro-lunaires du carpe par voie dorsale. — M. Quiniou, Etude la rachipercaïnisation selon les méthodes de Jones et de Sebrechts. — M. Maurin, Etude comparée de l'urographie et de la pyélographie dans les affections rénales. — M. Vannier, La mortalité par cancer dans le département de la Manche. — Mlle Cauchois, Douze ans de service social à l'hôpital Trousseau. — M. Desjeux, Etude du purpura staphylococcique. — M. Rizzolo, Vaccination antivariolique aux Etats-Unis.

16 *Décembre.* — M. Le Bayon, Les varices. Caractère mendélien récessif. — Mlle Cotton, Toxi-infection alimentaire et bacille paratyphique.

18 *Décembre.* — M. Hérissé, Traitement par la suture immédiate des plaies de la main et des doigts par accidents du travail. — M. Boisseau, Traitement du pied bot varus équin congénital chez le nourrisson, l'enfant et l'adulte. — M. Crosi-Chilina, Etude des lésions périfocales du mal de Pott dorsal. — M. Vassor, Fracture de la dia-

NOUVELLES *(Suite)*

physe fémorale chez l'adulte par un nouveau procédé de synthèse externe.

19 *Décembre.* — M. COUÉDIC, Traitement des troubles fonctionnels de l'insuffisance veineuse par l'extrait d'hamamélis intramusculaire. — Mme DÉROT-PICQUET, Les hépato-néphrites.

Thèses vétérinaires. — 15 *Décembre.* — M. BLAIZOT, Ecthyma contagieux du mouton et de la chèvre.

17 *Décembre.* — M. BEDOISEAU, Météorologie du médecin-vétérinaire.

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

19 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital de la Pitié. Conférence sur le diabète, destinée aux internes des hôpitaux : l'anthrax et la gangrène chez les diabétiques.

19 DÉCEMBRE. — *Toulouse.* Concours de professeur suppléant d'anatomie pathologique à l'école de Clermont-Ferrand.

19 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôtel-Dieu, clinique médicale, 10 h. 30. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

19 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique obstétricale Tarnier, 10 h. 30. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

19 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôtel-Dieu, clinique chirurgicale, 10 heures. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

19 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades, clinique de médecine infantile, 9 heures, M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

19 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades, clinique chirurgicale infantile, 10 h. 30. M. le professeur OMBRÉDANNE : Leçon clinique.

19 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital Cochin, clinique orthopédique, 10 heures. M. le professeur MATHIEU : Leçon clinique.

19 DÉCEMBRE. — *Paris.* Ministère de la Santé publique. Date limite en vue de l'inscription au concours sur titres pour les fonctions de médecin-directeur des sanatoriums publics.

20 DÉCEMBRE. — *Paris.* Asile Sainte-Anne, clinique des maladies mentales, 10 h. 30. M. le professeur CLAUDE : Leçon clinique.

20 DÉCEMBRE. — *Paris.* Famille de médecins, conférence du dimanche. M. HUBER : Convalescents et tuberculeux.

21 DÉCEMBRE. — *Lille.* Concours de médecin-chef de l'hôpital de Saint-Omer.

22 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine, 11 heures. M. le professeur GRÉGOIRE : Leçon clinique.

23 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique de la première enfance, Hospice des Enfants-Assistés, 10 h. 45. M. le professeur LEREBOULLET : Leçon clinique.

23 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital Broussais, clinique propédeutique, 11 heures. M. le professeur SERGENT : Leçon clinique.

23 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital Saint-Louis, 21 h. 30. M. le professeur GOUGEROT : Leçon clinique.

23 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital Saint-Antoine. Clinique médicale, 11 heures. M. le professeur CLERC : Leçon clinique.

31 DÉCEMBRE. — *Paris.* Société des chirurgiens de Paris. Date limite pour déposer les travaux en vue des prix de la Société des chirurgiens de Paris.

1er JANVIER. — *Paris.* Ministère du Travail. Date limite pour l'inscription au concours de médecin-contrôleur adjoint des assurances sociales.

1er JANVIER. — *Mulhouse.* Date limite pour faire acte de candidature à la place de médecin-chef et chirurgien en chef des hôpitaux de Mulhouse.

3 JANVIER. — *Saint-Denis.* Date limite pour l'inscription au concours pour 4 places d'interne titulaire et 1 place d'interne provisoire à l'hôpital.

4 JANVIER. — *Paris.* Faculté de médecine. Début des consignations pour l'examen de fin d'année.

4-16 JANVIER. — *Paris.* Faculté de médecine. Consignations pour les examens de fin d'année.

10 JANVIER. — *Paris.* Hôtel-Dieu. Assemblée générale de la médecine française. Premières assises de 1937 sous la présidence de M. le professeur Fernand BEZANÇON. Question : Primo-infection tuberculeuse.

10 JANVIER. — *Aix-en-Provence.* Fermeture du registre d'inscription pour le concours de deux internes à l'asile public d'aliénés.

11-12 JANVIER. — *Saint-Denis.* Concours pour 4 places d'internes et 1 place d'interne provisoire à l'hôpital.

11 JANVIER. — *Poitiers.* Concours de chef de clinique médicale.

14 JANVIER. — *Paris.* Mairie du VIe, 20 h. 30, Société végétarienne de France. Dr LEGRAIN : Ce que dit la plante.

16 JANVIER. — *Paris.* Faculté de médecine. Limite des consignations pour l'examen de fin d'année.

18 JANVIER. — *Paris.* Assistance publique. Concours du prix de l'internat en médecine (médaille d'or), salle des concours, 49, rue des Saints-Pères.

CHRONIQUE DES LIVRES

L'hypophyse. Ses fonctions en clinique, par le Dr MARIO SCHTEINGART (*Aniceto Lopez, éditeur, Buenos-Aires,* 1936).

Le livre du Dr Schteingart sur « la reine des glandes endocrines », avec une préface du professeur Mariano Castex, étudie successivement les diverses fonctions hypophysaires qui ont fait l'objet des beaux travaux des Savants argentins, de Houssay et de Mariano Castex notamment : Successivement sont étudiés la fonction de croissance, la fonction thyréotrope, les fonctions métaboliques vis-à-vis des hydrates de carbone, le pouvoir spécifique dynamique des aliments, le métabolisme des graisses et l'adipose neuro-hypophysaire, l'hormone bromée de l'hypophyse, le métabolisme hydrico-salin, les fonctions génito-hypophysaires et de la lactation.

Il est regrettable que ce livre, bien ordonné, ne soit pas très au courant des travaux français. P. C.

Leçons de clinique médicale, par le Dr N. ROMANO, Buenos-Aires, 1936.

Le Dr Nicolas Romano publie les leçons faites à la Clinique médicale de l'Université de La Plata, par lui et par une série d'éminents collaborateurs.

C'est ainsi que le professeur Mariano Castex étudie la maladie d'Ayerza; le professeur Pittaluga, la séméiologie hématique des infections ; le professeur Spangenberg, la symphyse du péricarde ; le professeur Palacio, les kystes hydatiques du poumon suppurés et ouverts dans les bronches ; le Dr Eyherabade, la typho-bacillose ; le Dr Pieza Rodriguez, les kystes hématiques de la queue du pancréas ; le Dr Mazzei, un hémo-pneumothorax spontané.

Le professeur Romano lui-même étudie la spondylose rhizomélique, la thrombo-phlébite du tronc brachio-céphalique, l'endocardite grave, le cancer du poumon, l'ictère catarrhal, le cancer gastrique, la leucémie myéloïde chronique, les crises gastriques du tabes et l'ulcère duodénal.

Toutes ces leçons cliniques, très variées, comme on le voit, sont fort intéressantes et font honneur à la Faculté de La Plata et à ses Maîtres éminents.

PAUL CARNOT.

Pneumothorax spontané bénin par rupture de bulles sous-pleurales, par RAMON PARDAL et EGIDIO S. MAZZEI, Buenos-Aires (*Aniceto Lopez, éditeur.* Extrait des *Archives argentines des maladies respiratoires*).

Les auteurs ont pour but de démontrer que le pneumothorax spontané bénin par rupture des bulles ampullaires sous-pleurales, est un syndrome clinique autonome, indépendant de la tuberculose et de l'emphysème. C'est une affection survenant entre vingt et trente ans, chez des personnes d'apparence saine, sans fièvre, sans liquide pleural, ne laissant pas d'adhérences, d'une durée habituelle de quatre semaines, évoluant vers la guérison, avec relatives tendances aux récidives. Des preuves anatomiques, histologiques et radiologiques viennent à l'appui de cette description., que rappelle beaucoup celle du « pneumothorax des conscrits » si bien étudié par Galliard au point de vue clinique, et celle des vésicules de Fischer-Wahls (ou vésicules cicatricielles du sommet), étudiées aussi par Hayashi et par Schmincke.

Ce bon travail est illustré de radiographies et de microphotographies. P. C.

Éléments de médecine physique et de physiothérapie, par le professeur GUNZBURG.

L'éminent professeur de physiothérapie à l'Université de Bruxelles publie les exposés, clairs et concis, faits aux étudiants de Bruxelles, sur l'utilisation thérapeutique des agents physiques. Successivement, sont étudiées les bases de la médecine physique, les formes de l'énergie et les réactions de l'organisme.

Puis sont étudiés le mouvement et les diverses formes de cinésithérapie, la chaleur et le froid et leur utilisation ; l'hydrothérapie; l'énergie électrique (avec l'ionisation, les courants de haute fréquence, la diathermie, la darsonvalisation, les ondes courtes), l'énergie lumineuse, etc.

Le livre se termine par deux chapitres sur la prescription thérapeutique des agents physiques et sur leurs indications dans les divers troubles fonctionnels.

Par sa simplicité et sa clarté, ce manuel élémentaire rendra service aux étudiants à qui il est destiné. Son auteur continue ainsi l'œuvre de propagande en faveur de la physiothérapie, à laquelle il s'est dévoué, tant par son enseignement que par les Congrès de Bruxelles et de Londres qu'il a organisés. P. C.

Sur la chimie et la physiologie des sels biliaires, par le Dr SHIMIZU (*Okayama,* 1935).

Le Dr Shimizu, de la Faculté de médecine de Okayama, vient de publier, en allemand, un livre remarquable sur les sels biliaires, qu'il dédie à son maître, le professeur Araki, pour son soixante-dixième anniversaire. Ce travail, très documenté, sur un sujet de chimie biologique de première importance, relatif à l'origine et à la disparition des sels biliaires qui ont fait l'objet de tant de discussions, doit être consulté par ceux qui s'intéressent aux fonctions du foie, normales ou pathologiques. Il ne peut être analysé dans ses détails ; mais il montre combien importantes sont les recherches dues aux savants japonais, qui sont dans le peloton de tête du mouvement scientifique contemporain. P. CARNOT.

VARIÉTÉS

MORTALITÉ DES ENFANTS DE CINQ A QUINZE ANS

Par MM. A. LOIR et H. LEGANGNEUX (du Havre)

Au cours de l'année 1935, nous avons fait l'inspection médicale des élèves de l'école primaire supérieure de jeunes filles du Havre. Sur 450 élèves, nous en avons trouvé un certain nombre dont le cœur était agité par des contractions fibrillaires qui nous ont frappés. L'impression était tout à fait différente de celle que l'on a dans les écoles de garçons où l'on trouve fréquemment des cœurs hypertrophiés ou présentant des lésions organiques, dont la cause est le surmenage sportif, par exemple l'abus de la bicyclette.

Au commencement de cette année 1936, à 9 heures du matin, on nous a téléphoné au Bureau d'hygiène qu'une des jeunes élèves de cette école, arrivée à 8 heures comme d'habitude, avait demandé à sortir de classe à 9 heures. On avait entendu une chute dans l'escalier, et lorsqu'on s'était précipité pour la relever, on l'avait trouvée morte.

En regardant la fiche sanitaire de cette jeune fille, nous avons trouvé que nous l'avions, lors de la visite, désignée comme ayant un cœur anormal, à surveiller et à faire suivre par son médecin.

Ces élèves de l'école primaire supérieure de jeunes filles forment une élite, une sélection au point de vue de la santé. Elles ont été suivies à l'école primaire et, au moment de l'examen pour l'orientation professionnelle, elles ont été reconnues en bonne santé, aptes à continuer leurs études. A l'école primaire, elles n'ont pas été retardées par les maladies de l'enfance. Elles sont d'un milieu social excellent. Les familles peuvent les entretenir à l'école plusieurs années. Elles sont en général suivies par un médecin. Elles reçoivent d'ordinaire les soins du dentiste. Nous attribuons pour une large part les anomalies du cœur que nous avons constatées à une défectuosité dans l'alimentation.

La soupe du matin n'existe plus, elle exige un effort qu'on n'ose plus demander à la cuisinière. Il est bien plus simple de prendre un grand bol de café avec plus ou moins de lait. Au repas de midi, on reprend une tasse de café, puis, en sortant de l'école, à 17 heures, un nouveau bol de café, et enfin, pour pouvoir travailler le soir, préparer l'examen et ne pas s'endormir sur son cahier, on prend encore une quatrième tasse de café noir.

Le café peut, pris en trop grande quantité, amener des perturbations cardiaques. Nous avons constaté chez ces jeunes filles des mouvements désordonnés du cœur, une excitation nerveuse très grande. Dans une classe où les élèves étaient moins atteintes, nous avons appris qu'on y prenait moins de café et la directrice, qui suivait notre inspection, nous a dit que la discipline y était plus facile.

Il y a donc un gros avantage au point de vue de la santé et à celui de l'intérêt économique des importateurs de café, à prendre les devants, et à ne pas laisser au public la possibilité de se rendre compte des désordres produits par l'abus du café, ce qui pourrait conduire à une campagne contre cette boisson qui, prise raisonnablement, peut avoir des avantages.

Cette question du petit déjeuner du matin nous semble très importante et mériterait qu'on s'en occupe. On pourrait remplacer le café par du chocolat, qui n'est pas trop long à préparer. Les Américains ont eu les mêmes problèmes à solutionner.

Le porridge cher aux Ecossais était trop long à cuire, ils l'ont remplacé par des préparations de céréales spécialement préparées dont on met deux ou trois cuillérées dans une assiette au moment d'y ajouter du lait chaud. La préparation est rapidement faite. Peut-être pourrait-on trouver une formule de soupe rapidement préparée. Il est urgent de résoudre ce problème alimentaire très important pour l'avenir de la race.

Cet accident dans une école nous ayant fortement impressionnés, nous avons voulu savoir quelle était la quantité de morts chez les enfants d'âge scolaire de cinq à quinze ans garçons ou filles, et nous avons fait le relevé par causes de décès de 1920 à 1935, c'est-à-dire pour une période de seize ans.

Dans notre ville, on peut compter sur un chiffre de 28 000 enfants ayant de cinq à quinze ans. Pendant seize années, nous trouvons une mortalité générale de 1 210 de ces enfants. Pour les décès occasionnés par les maladies de cœur, nous avons 36 masculins et 37 féminins, soit un total de 73 enfants de cinq à quinze ans, ce qui donne une moyenne 4,56 par année.

Ce chiffre ne paraît peut-être pas très exagéré, étant donné que nous sommes dans un port de mer de l'Ouest avec humidité assez sensible.

Nous remarquons dans cette période les enfants procréés pendant la guerre, c'est-à-dire qui avaient au moins cinq ans en 1920. La mortalité pour cause cardiaque est plus grande chez eux que dans les années qui ont suivi. Ainsi, en 1920, nous avons 12 décès ; en 1921, 5 décès ; en 1922, 11 décès, alors que nous n'avons plus que 2 décès en 1934 et 3 en 1935.

Les chiffres que nous donnons sont relevés

VARIÉTÉS *(Suite)*

d'après les diagnostics inscrits par les médecins sur les certificats de décès, mais il est très probable qu'ils sont un peu en dessous de la vérité, les médecins ne fournissant pas toujours, au décès, un diagnostic précis.

Continuant notre relevé des causes de décès chez les enfants d'âge scolaire, nous sommes effrayés du nombre de morts par tuberculose.

Nous trouvons en effet pour toutes les formes de la tuberculose un total de 536 décès (216 décès masculins et 320 décès féminins). Ce chiffre correspond à 44,3 p. 100 de la totalité (1 210) des décès d'enfants de cinq à quinze ans.

La tuberculose pulmonaire à elle seule fournit 251 décès ; nous avons :

17 enfants	de 5 ans,	6 masculins,	7 féminins
18 —	de 6 ans,	9 masculins,	9 féminins
10 —	de 7 ans,	4 masculins,	6 féminins
11 —	de 8 ans,	3 masculins,	8 féminins
17 —	de 9 ans,	7 masculins,	10 féminins
14 —	de 10 ans,	7 masculins,	7 féminins
14 —	de 11 ans,	2 masculins,	12 féminins
15 —	de 12 ans,	3 masculins,	12 féminins
21 —	de 13 ans,	7 masculins,	14 féminins
50 —	de 14 ans,	13 masculins,	37 féminins
64 —	de 15 ans,	16 masculins,	48 féminins
Total : 251		77 masculins,	174 féminins

Comme on le voit, le nombre des fillettes est beaucoup plus élevé que celui des garçons, surtout à partir de onze ans à quinze ans : nous avons trois fois plus de décès féminins que de masculins.

Une autre maladie, la méningite, a fourni 104 décès (53 masculins, 51 féminins). Dans bien des cas, on doit soupçonner à cet âge la méningite tuberculeuse.

Les décès à la suite d'appendicite s'élèvent à 35 (23 masculins, 12 féminins).

Enfin, on trouve un chiffre proportionnellement assez élevé pour les décès à la suite d'accidents, 96 (74 masculins, 22 féminins). Ces décès sont amenés par accidents d'automobiles et aussi par noyades dans les bassins, pour les garçons.

Les décès par maladies contagieuses sont peu nombreux, l'épidémie à l'école est rare, tout enfant suspect étant immédiatement renvoyé chez ses parents.

La *fièvre typhoïde* a amené en seize ans l'inscription de 33 décès (11 masculins, 22 féminins), répartis à peu près sur tous les âges. Pour beaucoup de ces cas, les enquêtes ont démontré comme cause épidémiologique l'ingestion de moules ou de coques consommées crues et ramassées principalement au moment des grandes marées dans des eaux polluées par les égouts. Cette pollution des plages est générale sur tout notre littoral français ; elle nous amène à insister pour que les eaux d'égout ne soient plus déversées sur nos plages sans avoir été assainies au préalable. La politique du Conseil supérieur d'hygiène est absolue dans ce sens, mais malheureusement on passe souvent outre. Nous avons encore eu récemment un exemple de ce fait. Dans une ville voisine de la nôtre, une subvention de trois millions versée par l'Etat servira, si les autorités supérieures passent outre, à déverser sur une plage les eaux d'un égout. Il n'y a pas une politique générale de l'assainissement d'une région, c'est une lacune regrettable.

En 1922, nous avons eu au Havre une légère épidémie de *diphtérie*, mais, depuis, le nombre des décès pour cette cause diminue ; nous devons faire remarquer que la vaccination antidiphtérique se généralise de plus en plus parmi nos écoliers. Pendant l'année scolaire 1935-1936, nous avons vacciné à l'anatoxine Ramon 8 411 enfants. De 1920 à 1935, nous avons enregistré 49 décès de *diphtérie* chez les enfants d'âge scolaire.

Pendant cette même période, nous n'avons eu que 23 décès de *scarlatine* et 15 de *rougeole.*

Nos chiffres ne sont certainement pas rigoureusement exacts. C'est une condition très regrettable et qui dépend du manque d'entente entre les praticiens et les hygiénistes : ces derniers sont chargés d'établir les statistiques dont les éléments doivent leur être fournis par les praticiens.

LES BASES DES STATISTIQUES

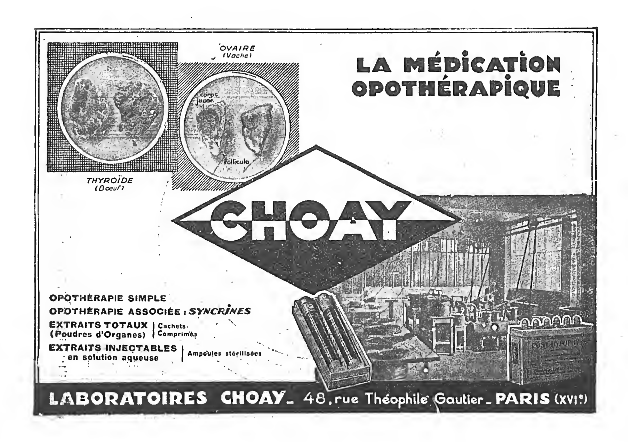
Il existe des statisticiens qui rendent d'utiles services dans le rayon où ils opèrent, à condition que les statistiques soient établies sur des renseignements positifs.

On sait le rôle primordial que joue le comptable dans une maison de commerce. Ce sont les chiffres qu'il fournit qui permettent à la maison de régler la marche des affaires.

Il en est de même d'une bonne statistique visant un point déterminé. La statistique de l'hygiéniste par exemple : les chiffres qu'il donne peuvent soulever des études d'où découleront des travaux susceptibles d'améliorer la santé publique.

Le chiffre indiquant, par exemple, une recrudescence d'une maladie épidémique amènera des recherches sur les causes de morbidité, déterminera parfois près du public une campagne préventive contre cette maladie dont les cas disséminés ne sont pas toujours perçus, car ils n'appa-

---



OVAIRE
(Vache)
corps jaune
follicule
THYROÏDE
(Bœuf)
LA MÉDICATION
OPOTHÉRAPIQUE
CHOAY
OPOTHÉRAPIE SIMPLE
OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE : SYNCRINES
EXTRAITS TOTAUX (Poudres d'Organes) Cachets Comprimés
EXTRAITS INJECTABLES en solution aqueuse Ampoules stérilisées
LABORATOIRES CHOAY - 48, rue Théophile Gautier - PARIS (XVIe)

raissent que devant des chiffres portés dans une colonne.

Ce chiffre également permettra d'appuyer sur des choses réelles et concises la demande d'un crédit.

Mais, pour rendre des services, il est nécessaire que le statisticien soit bien persuadé de son rôle actif et que machinalement il ne pose pas un chiffre approximatif dans les diverses colonnes qu'il est chargé de remplir.

Il doit établir sa statistique, si nous pouvons dire, en partie double, c'est-à-dire que ses tableaux pris sous leurs diverses formes coïncident exactement comme résultat ; c'est un travail très méticuleux qu'il remplit, où toute erreur doit être recherchée.

Collaboration du praticien et de l'hygiéniste. — Nécessairement, les renseignements qu'on lui fournit doivent être d'une grande exactitude et, si nous prenons le cas particulier du service d'hygiène, doivent lui être adressés rapidement. Actuellement, plusieurs médecins, sous le prétexte du secret professionnel ou pour ne pas impressionner les familles, ne mettent pas sur leurs certificats la cause du décès ou ne déclarent pas une maladie contagieuse ; c'est un gros reproche qu'on peut leur adresser, car précisément dans ce cas les renseignements statistiques sont faussés et il devient très difficile d'en tirer des conclusions.

Espérons que, comprenant mieux le but et les résultats qui peuvent ressortir de leurs renseignements, ils fourniront les indications nécessaires. Du reste, que doivent-ils craindre ? L'hygiéniste est tenu par le secret professionnel, et le chiffre placé dans les colonnes ne vise aucun particulier, ni aucune indication personnelle. Une statistique bien tenue chaque jour sert à établir son plan de campagne dans la lutte contre la maladie et le résultat que l'on doit en attendre pour toute la collectivité.

Mais il faut que les renseignements donnés puissent être utilisés. Un diagnostic de *coma*, par exemple, n'est pas dans ce cas, il faut ajouter « coma diabétique » ou « coma au cours d'une fracture du crâne ». Nous pourrions citer de nombreux diagnostics qui nous sont envoyés et sont inutilisables. Dans le cas de coma, nous sommes obligés de mettre ce décès dans la colonne des causes non spécifiées ! Combien de décès mis dans cette colonne, qui porte le n° 38, pourraient prendre utilement place sous leur désignation véritable !

Rôle du praticien et rôle de l'hygiéniste. — Tout ceci nous amène à examiner un autre côté de ces questions d'hygiène. Le médecin hygiéniste a un rôle important, il doit être spécialisé et n'importe quel médecin ne peut pas être appelé à jouer son rôle. Au moment où les praticiens veulent s'occuper d'hygiène, et cela avec raison, il est nécessaire de bien délimiter le rôle de chacun.

Les praticiens feront les vaccinations ; ces opérations peuvent être considérées comme appartenant à la médecine, mais la partie administrative, les listes de vaccination, seront faites par les hygiénistes. Un certain nombre de questions doivent être conservées par les hygiénistes, telle l'inspection médicale des écoles, qui demande un temps très long, la confection de fiches tenues à jour, et n'a aucun caractère thérapeutique.

La collaboration du praticien et du médecin hygiéniste est absolument nécessaire, l'un ne peut pas ne pas s'appuyer sur l'autre.

La statistique basée sur la déclaration des maladies contagieuses est l'un des fondements de la science de l'hygiène.

Le médecin de la santé publique. — L'un de nous se souvient avoir assisté à une discussion entre Chamberland, Valin et Pasteur en 1886, au moment où Jules Siegfried, député du Havre, avait déposé sur le bureau de la Chambre, d'accord avec Chamberland, député du Jura, le projet de loi sur la santé publique qui fut voté seulement le 15 février 1902. Pasteur, avec une vue de l'avenir étonnante, définissait déjà le rôle éducateur des fonctionnaires de la Santé publique qu'il prévoyait. Le nom de médecin hygiéniste est-il celui que l'on doit donner à ces fonctionnaires ?

L'hygiène touche à de nombreuses questions, et est à envisager dans de nombreux cas ; il y a l'hygiène de l'armée qui dépend du ministère de la Guerre, la santé maritime qui dépend du ministère de la Marine marchande, le médecin fonctionnaire que nous envisageons doit se cantonner dans la limite des prérogatives du ministère de la Santé publique, ce n'est donc pas le titre de médecin hygiéniste qui convient aux fonctionnaires de ce ministère, mais celui de médecin de la Santé publique.

Conclusions. — Nous nous excusons d'avoir été peut-être un peu long. Nous sommes partis d'un fait concret, la mort d'une jeune fille dont la fiche scolaire était mauvaise. Puis, par un développement naturel, nous sommes arrivés à nous occuper de toute l'activité du Bureau d'hygiène. Nous avons, chemin faisant, montré les difficultés que l'on rencontre pour mener à bien les œuvres d'hygiène et nous avons indiqué quelques initiatives qu'il faudrait prendre pour améliorer des situations qui peuvent l'être facilement.

LA MÉDECINE AU PALAIS

RESPONSABILITÉ MÉDICALE ET RACHI-ANESTHÉSIE

Les milieux médicaux avaient été particulièrement émus par le jugement du tribunal correctionnel de Béthune qui, malgré les attestations de nombreux médecins, avaient condamné le Dr Brun correctionnellement pour avoir employé la méthode de la rachi-anesthésie.

Ce jugement a été infirmé par arrêt de la Cour de Douai, le 16 mai 1936.

On se rappelle les faits : le Dr Brun, chirurgien adjoint de l'hospice civil de Lens, avait été chargé d'opérer un ouvrier mineur blessé au genou, et il avait eu recours à une rachi-anesthésie nécessitant une piqûre d'adrénaline. Le malade était décédé vingt-quatre heures plus tard d'une septicémie gangreneuse.

A l'instruction, trois experts avaient été nommés, et l'un d'eux, le professeur Landret, résumant l'opinion de ses collègues, avait affirmé à l'audience que le Dr Brun avait eu tort d'utiliser ce procédé, alors que, pour un hygroma du genou, il eût été suffisant de faire une insensibilisation locale.

A l'audience, de nombreux médecins étaient venus pour contredire cette assertion, et il eût été conforme au principe de la Cour de cassation que, devant ces discussions scientifiques, le tribunal ne prît pas l'initiative de trancher une question qui lui échappait ; il eût paru préférable que, conformément aux prescriptions du procureur général Dupin, il s'abstînt de départager Gallien et Hippocrate.

Néanmoins, le tribunal condamna le Dr Brun à 100 francs d'amende et à 80 000 francs de dommages-intérêts.

Le Dr Brun fit aussitôt appel, et la Cour de Douai a prononcé son acquittement.

La Cour rappelle que le mineur était atteint d'un hygroma du genou et que le Dr Brun l'avait opéré le lendemain de son entrée à l'hôpital sous rachi-anesthésie suivie d'une injection de 1 milligramme d'adrénaline au niveau de la face externe de la cuisse droite. Quelques heures après, le blessé s'était plaint de douleurs ; le lendemain, on avait constaté une zone de gangrène gazeuse qui ne put être enrayée. La piqûre d'adrénaline avait été faite régulièrement et l'expert qui avait procédé à l'autopsie du cadavre avait estimé que la cause du décès devait être la mauvaise stérilisation de l'adrénaline. Puis, sur analyse à l'Institut Pasteur, il fut établi que l'ampoule qui avait servi à l'injection était parfaitement stérile au point de vue bactériologique.

Par conséquent, on ne pouvait accuser ni l'infirmière qui avait fait la piqûre, ni le produit injecté.

D'autre part, les experts durent reconnaître que le Dr Brun avait procédé à l'ablation de l'hygroma avec une technique parfaite ; la plaie opératoire ne présentait rien d'anormal ; l'examen toxicologique du sang et des viscères du malade n'avait révélé aucun des aérobies qui sont les agents de la gangrène gazeuse.

Malgré ces faits, le tribunal avait condamné le Dr Brun en relevant contre lui une faute qui aurait consisté à employer la rachi-anesthésie avec piqûre préalable d'adrénaline au lieu de l'anesthésie locale pour une opération mineure, c'est-à-dire pour une opération bénigne et simple ; de sorte que l'emploi inutile de la rachi-anesthésie constituait un risque provoqué sans nécessité.

Le tribunal avait donné mission aux experts de rechercher si la rachi-anesthésie était nécessaire, ou si, au contraire, elle constituait une pratique dangereuse employée seulement dans les cas graves ; si cette rachi-anesthésie n'était pas hors de proportion avec l'opération, et si son emploi constituait une faute professionnelle, une imprudence génératrice de responsabilité pénale ?

A cette mission les experts ont répondu que l'ablation d'un hygroma du genou ne nécessitait pas l'emploi d'une rachi-anesthésie, l'anesthésie locale étant suffisante et moins dangereuse.

Ce rapport n'était pas des plus net ; il déclarait que, si la rachi-anesthésie ne constitue pas une véritable faute professionnelle, elle a fait courir au blessé un risque plus grand que celui résultant d'une anesthésie locale.

Il s'agissait donc de savoir si, malgré la réserve des experts et l'affirmation du Dr Landret devant le tribunal, la Cour allait, elle aussi, s'immiscer dans des discussions médicales et conclure que la rachi-anesthésie constitue une faute professionnelle, alors qu'elle est constamment employée par les chirurgiens les plus réputés.

La Cour n'a pas suivi le tribunal ; « il n'apparaît pas, dit l'arrêt, que l'emploi de la rachi-anesthésie constitue une faute professionnelle... En effet, si certains praticiens ne sont pas partisans de ce mode d'anesthésie, d'autres le recommandent et l'utilisent journellement pour les opérations telles que l'ablation d'un hygroma ».

Et la Cour de démontrer que, devant le tribunal, même des médecins notoires ont émis des opinions contradictoires à l'audience, les uns disant avec les experts que la rachi-anesthésie fait courir un risque grave au malade, d'autres affirmant que depuis vingt ans cette méthode était employée couramment pour l'ablation de l'hygroma.

La Cour a donc fait ce qu'aurait dû faire le

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

tribunal en constatant simplement que les chirurgiens ont des opinions divergentes sur l'emploi des anesthésiques et que chacun pratique la méthode qu'il croit la meilleure ; qu'en conséquence on ne pouvait reprocher au Dr Brun d'avoir employé celle que son chef avait introduite à l'hôpital de Lens et qu'on y pratiquait journellement pour les hygromas comme pour les affections des membres inférieurs.

Au surplus, le Dr Brun avait d'autant plus de raison d'agir ainsi que le blessé lui avait dit qu'il ne voulait pas souffrir et que l'anesthésie locale n'empêche pas toujours la souffrance, surtout chez les mineurs qui, se traînant sur les genoux pour leur travail, ont le plus souvent la peau très épaisse aux genoux.

L'arrêt rendu par la Cour de Douai, après le rappel des faits, est ainsi libellé :

« Attendu qu'il n'apparaît pas que l'emploi de la rachi-anesthésie constitue une faute professionnelle entraînant la responsabilité du Dr X... ; qu'en effet, si certains praticiens ne sont pas partisans de ce mode d'anesthésie, d'autres le recommandent et l'utilisent journellement pour des opérations telles que l'ablation d'un hygroma ; que, si le professeur... a déclaré à l'audience du tribunal, contrairement aux conclusions du rapport d'expertise, mais en se basant sur l'opinion du professeur... de... que le Dr X... avait commis une faute lourde en procédant à une rachi-anesthésie pour une opération mineure, le professeur..., de Paris, a émis l'opinion contraire à la même audience ; qu'il a déclaré qu'il pratique la rachi-anesthésie depuis vingt ans et que le Dr X... pouvait l'employer pour l'ablation de l'hygroma ; car on ne sait jamais s'il n'y a pas de cavités osseuses sous la poche de l'hygroma ; que le Dr... a déclaré lui aussi qu'on peut faire une rachi-anesthésie pour toutes sortes d'opérations ; qu'enfin il résulte d'un renseignement fourni par le professeur..., de Paris, que, depuis trente ans, il applique la rachi-anesthésie d'une façon constante à toutes les opérations, notamment pour les hygromas, et qu'il l'emploie même pour les ongles incarnés ;

Qu'il suit de là que les chirurgiens ont des opinions divergentes sur l'emploi des anesthésiques et que chacun pratique la méthode qu'il croit être la meilleure ;

Que, dès lors, on ne peut reprocher au Dr X... d'avoir employé celle que son chef, le docteur..., avait introduite à l'hôpital de ... et qu'on y pratiquait journellement depuis dix ans pour les

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

hygromas comme pour les autres affections des membres inférieurs ; que le Dr X... avait d'autant plus de raison d'agir ainsi que ... lui avait dit qu'il ne voulait pas souffrir et que l'anesthésie locale n'empêche pas toujours la souffrance, surtout chez les mineurs, qui, se traînant sur les genoux pour leur travail, ont le plus souvent la peau très épaisse aux genoux ; qu'au surplus il n'est point établi que la mort de ... soit due à l'emploi de la rachi-anesthésie et que la septicémie se serait peut-être produite si le Dr X... avait procédé à une anesthésie locale au moyen d'une série d'injections de cocaïne autour du genou ;

Que, dans ces conditions, il existe tout au moins un doute qui doit profiter à l'inculpé ; qu'il échet de réformer le jugement entrepris et de relaxer X... des fins de la poursuite, sans peine ni dépens.

Sur la responsabilité civile du maire de... pris en sa qualité de Président de la Commission administrative des hospices civils de...

Attendu que le maire de..., ès qualités, ne peut être déclaré responsable d'un délit que la Cour déclare inexistant ;

Qu'il doit donc être relaxé des fins de la poursuite du ministère public en responsabilité civile;

Sur les conclusions de la partie civile :

Attendu que, par suite de l'acquittement du prévenu X..., la juridiction répressive devient incompétente pour statuer sur la demande en dommages-intérêts formée par la dame... veuve..., ès qualités, tant contre ledit X... que contre le maire de ... pris en sa qualité de Président de la Commission administrative des hospices civils de ... ; qu'il échet de la renvoyer à se pourvoir, ainsi qu'elle avisera, devant la juridiction compétente ;

Par ces motifs,

La Cour, après en avoir délibéré,

Réforme le jugement dont est appel, tant sur l'action publique que sur l'action civile ;

Décharge X... des condamnations y prononcées ;

Déclare insuffisamment établie contre ... la prévention d'avoir à ... le 8 novembre 1935, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, été la cause involontaire de la mort de... ;

En conséquence, le relaxe des fins de la poursuite, sans peine ni dépens ;

Relaxe le maire de la ville de..., ès qualités, des fins de la poursuite du ministère public comme civilement responsable des faits ci-dessus spécifiés ;

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

Se déclare incompétente pour connaître de la demande en dommages-intérêts formée par la dame... tant contre X... que contre le maire de..., ès qualités ;

La renvoie à se pourvoir quant à ce, ainsi qu'elle avisera, devant la juridiction compétente ;

Condamne la veuve... aux frais et dépens de première instance et d'appel dont distraction pour ces derniers au profit de Me Legrand, avoué, dont la présence est jugée utile aux débats. »

ADRIEN PEYTEL,
Avocat à la Cour d'appel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 décembre 1936.

M. le ministre des Colonies assiste à la séance.

Mission en Afrique occidentale française. — M. CHARLES ACHARD, secrétaire général de l'Académie, rend compte de sa récente mission en A. O. F.

Le service sanitaire de l'Afrique occidentale française se compose d'un centre, Dakar, et d'un vaste système de postes disséminés dans toute l'étendue de la Fédération.

Dakar est pourvu de toutes les installations nécessaires et, en particulier, de services de spécialités. Partout ailleurs, le médecin, comme naguère dans nos campagnes, doit tout faire par lui-même, sans l'aide de spécialistes.

Des postes principaux comprennent hôpitaux, ambulances, dispensaires, maternités. Dans des postes secondaires se font des consultationas hebdomadaires.

De plus, des équipes mobiles vont chercher l'indigène jusque dans ses villages et dans la brousse.

Le médecin européen des postes fixes est l'animateur de toute l'action sanitaire. Sa vie est rude, et M. Achard en fait un tableau saisissant.

Des médecins indigènes, ayant le titre de médecins auxiliaires, secondent le médecin européen. Ils sont formés à l'Ecole de médecine de Dakar, où leurs quatre années d'études se passent surtout dans les salles de malades. Ils apprennent avec une remarquable facilité à observer et à décrire tous les symptômes. Mais on ne leur demande que d'être les informateurs du médecin et les exécuteurs de ses prescriptions.

Des sages-femmes indigènes sont instruites pendant deux ans à Dakar.

Enfin, des infirmiers indigènes et des infirmières-visiteuses complètent le personnel sanitaire.

On peut dire que les résultats de cette organisation sont excellents. La maladie du sommeil, dont les effets sont d'ailleurs moindre squ'en Afrique équatoriale et au Cameroun, est activement combattue. Un Institut de la lèpre, à Bamako, véritable modèle, contient 350 malades et est un centre d'études. Beaucoup de léproseries plus modestes ont des installations confortables. La fièvre jaune, toujours à craindre, n'existe plus que sous forme de petites épidémies rapidement enrayées.

Mais l'œuvre sanitaire est une création continue. Il faut constamment augmenter le nombre et l'importance des postes. C'est donc à la métropole de faire son devoir, en accordant les fonds nécessaires.

En somme, les perspectives d'avenir sont bonnes. La sécurité est parfaite dans ces vastes territoires que garde une poignée de tirailleurs ; la prospérité agricole se développe et bientôt l'alimentation et les conditions de travail seront plus satisfaisantes pour l'indigène.

Outre les progrès accomplis dans l'état sanitaire, le service de santé a encore à son actif d'avoir gagné la confiance de l'indigène.

Bien dirigé, le service de santé poursuit courageusement et obscurément son œuvre. En appelant à collaborer avec lui des médecins indigènes, il pénètre plus avant dans l'affection de la population, à laquelle il apporte la civilisation sous la figure de la science et de la bonté. Son idéal est double, humanitaire et français, deux mots qui vont souvent ensemble.

La peste à Paris de 1917 à 1937. — M. E. JOLTRAIN apporte une très importante étude sur la peste bubonique dans la région parisienne de 1917 à 1937. La petite épidémie (51 cas) constatée en 1917 a rapidement décliné. Dans les années suivantes, on constate seulement des cas isolés. Depuis 1934, on n'a observé aucun cas.

M. JOLTRAIN apporte les conclusions suivantes :

« La *peste bubonique* seule a existé à Paris, il n'y a pas eu de peste pulmonaire. Depuis deux ans il n'y a eu aucun cas signalé, mais l'épizootie murine persiste. Il faut veiller à la destruction des rats et des puces dans les ports, à bord des bateaux et dans les villes. Il faut surveiller les frontières. Dès qu'un cas est diagnostiqué, il faut pratiquer la sérothérapie et instituer la vaccination de l'entourage. Dès qu'une épidémie se montre, il faut rendre la vaccination obligatoire dans les quartiers et les centres où la peste se montre. Il ne faut pas retarder la déclaration publique, malgré ses conséquences, à condition que les autres pays en fassent autant et qu'un accord international intervienne à ce sujet. Il faut enfin essayer d'empêcher la guerre bactériologique, non seulement affreuse, mais dangereuse pour tous les belligérants. »

Action du tabac sur l'homme. — MM. EUZIÈRE, CASTAGNÉ, LAFON et BENEDITTINI (de Montpellier) étudient sur une centaine de sujets, et avec divers tabacs, les actions angio-cardio-sympathiques de la fumée de tabac sur l'homme. Ils montrent les modifications, sous cette influence, des oscillations artérielles, de la circulation capillaire, du rythme cardiaque et des réflexes sympathiques. Ceux-ci sont profondément affectés dans le sens d'un déséquilibre, pendant que le sujet fume.

Au sujet de l'action des sels de magnésium sur le cancer expérimental du goudron. — MM. KREYBERG et NIELSEN.

L'hormone de croissance. — M. DOUBOVIK.

Contribution à l'étude du choc. — M. VIOLLE.

SOCIÉTÉS SAVANTES (*Suite*)

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 9 décembre 1936.

Reconstitution de l'extrémité inférieure de l'humérus par greffe. — M. Leriche montre que le modelage du greffon est tout à fait inutile.

L'infiltration novocaïnique dans le traitement de certaines fractures. — M. Leriche précise que le but de l'infiltration novocaïnique n'est pas l'anesthésie, mais bien la suppression de réflexes vaso-moteurs, et l'infiltration à distance du ganglion stellaire le prouve bien au niveau du membre supérieur. De nombreuses photographies montrent les très beaux résultats obtenus par M. Leriche dans un grand nombre de fractures partielles articulaires, dans un cas de fracture de la clavicule, dans un cas d'arthrite chronique, enfin dans une arthrite gonococcique ancienne.

Envahissement des ganglions pelviens dans le cancer du col utérin. — M. Roux-Berger analyse un important travail de M. Gricouroff montrant qu'on peut trouver dans les ganglions pelviens, à côté de métastases épithéliales indiscutables, des inclusions épithéliales d'aspect glandulaire tubulé ou vésiculaire, présentant un caractère endométrial très particulier, et que l'on peut trouver en dehors du cancer sans en déduire aucune conséquence de malignité.

M. Regaud confirme ces faits.

M. Leveuf ne se déclare pas absolument convaincu.

Diverticule du duodénum. — M. J.-Ch. Bloch rapporte une observation de MM. Carajanopoulos et Alivisatos, qui n'eurent aucune amélioration après intervention. Le rapporteur précise que cette observation ne fait que confirmer les conclusions de la thèse de Mialaret.

M. D'Allaines a cependant guéri une de ses malades.

M. Moulonguet a eu également un succès, mais estime qu'il faut toujours rechercher minutieusement une autre lésion associée : ulcus duodénal ou cholécystite.

Perforations vésiculaires. — M. Moulonguet rapporte un travail de MM. Hodac Di et Ton That Tung concernant deux perforations : l'une par stylet, l'autre par ascaris ; il en rapproche deux observations personnelles de nécrose vésiculaire par thrombose de l'artère cystique.

Tumeur du corpuscule carotidien. — M. Hartmann, dans un cas où l'ablation complète fut impossible, a obtenu la guérison par radiothérapie post-opératoire.

M. Roux-Berger a toujours pu faire l'ablation complète.

M. Soupault a dû dans un cas faire la ligature de la carotide externe et a vu apparaître une hémiplégie au troisième jour.

M. Chevassu, étant donné qu'il s'agit de tumeurs relativement bénignes, hésiterait à opérer.

M. Sebileau insiste sur les adhérences invincibles à la veine ; par contre, sauf dans un cas, il a pu trouver un plan de clivage entre la tumeur et les carotides et même dans ce cas où le malade mourut, l'examen de la pièce lui montra que la dissection eût été possible

M. Hartmann, comme M. Mondor, pense que dans le cas de M. Soupault l'hémiplégie succéda à une thrombose descendante de la carotide externe liée vers la bifurcation carotidienne.

M. Baumgartner est élu président pour 1937.

MM. Capette et Berger montrent dans une très intéressante communication les immenses avantages du bistouri électrique dans le **traitement des fistules anales**, et décrivent l'anse coupante qu'ils utilisent dans ce but

Henri Redon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 décembre 1936.

Les souffles extra-cardiaques chez les tuberculeux pulmonaires. — M. Hector Descomps rappelle que, dans les sinistrocardies tuberculeuses, on peut entendre un souffle systolique au foyer de l'artère pulmonaire, accompagné de battements ou de thrill palpables et parfois visibles.

Ce syndrome paraît bien en rapport avec des modifications de calibre de l'artère pulmonaire, dues à l'attraction, à la rotation ou à la compression du vaisseau.

L'auteur a recherché sur de très nombreux malades porteurs de souffles extra-cardiaques si un mécanisme analogue de « sténose partielle extra-vasculaire » ne pouvait être invoqué. Dans l'immense majorité des cas, il a pu mettre en évidence, par l'examen radiologique chez les tuberculeux avérés ou chez des sujets sains en apparence, l'existence de lésions rétractiles parfois minimes, mais plaquées contre le bord gauche de l'artère pulmonaire pour les souffles gauches, contre le bord droit de l'aorte pour les souffles droits, avec très fréquemment une attraction homologue du vaisseau.

M. Laubry reste très sceptique sur le caractère démonstratif de ces radiographies et montre combien, en l'absence d'autopsie, il est difficile d'interpréter de pareils souffles.

M. Pichon émet également quelques réserves.

M. Descomps rappelle que thrill, battements et souffles systoliques perçus au foyer de l'artère pulmonaire, ont été déjà décrits par M. Burnaud, par M. Génévrier et par lui-même dans la sinistrocardie d'origine tuberculeuse.

L'observation prolongée des malades lui a permis de constater l'apparition de souffles systoliques gauches à la date même où un certain degré de rétraction faisait tomber en dehors l'ombre de l'artère pulmonaire.

Séance du 18 décembre 1936.

Nécrologie. — M. Claude Gautier, secrétaire général, fait l'éloge funèbre de MM. Netter, Legry, Avíragnet, Vaquez, Rouillaud, A. Petit, Rouget, Galliard, membres de la Société, décédés durant l'année.

Elections du bureau pour l'année 1937. — M. Milian, président ; M. Guillain, vice-président.

Election de membres correspondants nationaux. — MM. Dalones, Dereux, Aiser.

Election de membres correspondants étrangers. — MM. Van der Bergh, Jacobæus, Morelli.

Jean Lereboullet.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 5 novembre 1936.

M. Tinel, président, prononce l'éloge nécrologique du Dr Michel Regnard.

Atrophie cérébelleuse syphilitique et syphilis cérébrale (étude anatomo-clinique). — MM. Th. Alajouanine et Th. Hornet rapportent (avec projections) l'observation anatomo-clinique d'un homme de cinquante-neuf ans, qui présenta des signes d'atrophie cérébelleuse diffuse, avec de légers signes pyramidaux, des troubles de la mémoire et des céphalées.

Les réactions du sang et du liquide céphalo-rachidien témoignaient d'une syphilis en évolution.

Le traitement spécifique n'empêcha pas l'aggravation progressive de l'affection, qui dura environ quatre ans.

Les lésions consistaient en une atrophie corticale du cervelet. Mais une infiltration méningée et périvasculaire, de type lympho-plasmocytaire, la distribution non systématisée des lésions atrophiques, l'atteinte, plus discrète, du cortex cérébral et des noyaux gris centraux, différenciaient le tableau anatomique de celui des atrophies primitives.

Les auteurs rapprochent leur observation de celles de Guillain, Bertrand et Decourt.

La myélite extensive du zona. — MM. J. Lhermitte et de Ajuriaguerra. — Ainsi que Wohlwill et Lhermitte l'ont montré, l'herpès zoster s'accompagne régulièrement de lésions aiguës inflammatoires de la moelle épinière, dont le maximum correspond au métamère cutané où siège l'éruption. Toutefois, dans certains cas exceptionnels, l altération médullaire s'avère plus étendue.

Les auteurs rapportent un cas démonstratif à cet égard : il s'agit d'un zona de la première lombaire gauche et de la deuxième lombaire, chez un vieillard qui a succombé six semaines après le début de l'éruption. Les lésions myélitiques intéressent les cordons postérieurs et la substance grise du même côté que l'éruption, et leur maximum apparaît sur les segments inférieurs de la moelle cervicale. En certains points, les lésions d'infarcissement vasculaire traversent la ligne médiane.

Il est à souligner que, malgré l'intensité de ces lésions *cervicales*, le malade n'a présenté aucune douleur dans la région correspondante.

Étude anatomo-pathologique de deux cas de radiculonévrite, le premier survenu au cours d'une intoxication mercurielle aiguë, le second d'origine infectieuse probable. — MM. Georges Guillain et Ivan Bertrand. — Certaines radiculo-névrites peuvent avoir une terminaison mortelle quand elles atteignent les voies de conduction cardio-pulmonaires.

Les auteurs rapportent l'étude anatomo-clinique de deux cas de cet ordre. Dans le premier cas, il s'agit d'une intoxication mercurielle. Les lésions sont d'une intensité et d'une diffusion exceptionnelles. La destruction cylindraxile est encore plus poussée que l'atteinte myélinique, elle aboutit à un tronçonnement et à une pulvérisation avancée de l'appareil neurofibrillaire. Ces dégénérescences s'opèrent avec des réactions interstitielles minimes, caractérisées par une hyperplasie schwannique sans infiltration cellulaire.

Dans le second cas, l'affection se présente sous la forme d'une paralysie ascendante de type radiculo-polynévritique. La très faible albuminose ($0^{gr},35$) du liquide céphalo-rachidien fait rejeter le diagnostic de syndrome de Guillain-Barré. L'origine infectieuse, avec début pseudo-rhumatismal, apparaît probable.

Anatomiquement, les racines de la queue de cheval sont peu touchées, les dégénérescences augmentent rapidement dans les nerfs périphériques. L'atteinte myélinique est très irrégulière. Quelques fascicules nerveux montrent une dégénérescence décelable de bout en bout, ponctuée par une infiltration macrophagique.

Sténose de l'aqueduc de Sylvius par une tumeur très limitée. — MM. Georges Guillain, I. Bertrand et R. Messimy apportent l'observation anatomo-clinique d'un cas de sténose de l'aqueduc de Sylvius, causée par une tumeur limitée périépendymaire, chez une femme de vingt-six ans. Ils insistent 1° sur la pauvreté de la symptomatologie clinique, qui se résumait en un syndrome d'hypertension intracranienne accompagné de légers signes cérébelleux statiques et d'une faiblesse des mouvements de convergence des yeux, 2° sur l'évolution brusquement grave, après une phase torpide de deux années, 3° sur les dangers de la ventriculographie dans de tels cas.

La petite tumeur, du volume d'un pois, constatée autour de l'aqueduc de Sylvius, présentait le type anatomique d'un spongioblastome polaire. Parmi les 7 cas connus de tumeurs autour de l'aqueduc, commentés récemment par Byron Stookey et J. Scarff, il s'agissait de 2 glioblastomes polaires et de 5 astrocytomes. Toutes ces tumeurs, comme dans la présente observation, étaient de petit volume.

M. J. Lhermitte rappelle deux cas de tumeurs de l'aqueduc de Sylvius, qu'il a eu l'occasion d'étudier personnellement.

Deux cas d'encéphalopathie congénitale avec réflexes profonds du cou et syncinésies instinctives particulières. — M. P.-R. Bize, chez deux nourrissons dont l'encéphalopathie est d'origine obstétricale, a pu mettre en évidence :

1° L'existence de réflexes profonds du cou consistant, lors de la flexion forcée de la tête, en des mouvements symétriques de croisement des bras et d'extension des membres inférieurs.

2° L'exagération des réactions instinctives végétatives : épandiculation pour le bâillement, fou rire après le rire, spasme du sanglot après la colère, mouvement global après l'éternuement :

3° L'apparition de réactions syncinétiques de « protection » pour l'introduction buccale dans un cas, et pour la protection oculaire dans l'autre cas.

Nystagmus vélo-palatin à la suite d'une lésion récente du faisceau central de la calotte. Étude anatomo-clinique.

— MM. G. Marinesco, N. Jonesco-Sisesti et Th. Hornet présentent l'observation d'un homme de cinquante-quatre ans, pseudo-bulbaire, chez lequel on constata l'existence d'un nystagmus du voile, au rythme de 118 à la minute. L'autopsie montra, outre de nombreuses lacunes, une lésion hémorragique, toute récente, du faisceau central de la calotte, avec dégénérescence vasculaire et infiltration périvasculaire de l'olive. Il faut noter la précocité de ces dernières lésions, si l'on admet qu'elles sont consécutives à l'hémorragie du faisceau central de la calotte.

Hydrocéphalie chronique par obstruction de l'aqueduc de Sylvius due à un pinéalome calcifié. Excellents résultats d'une opération de dérivation du liquide céphalo-rachidien par ouverture de la lame sus-optique. — MM. Lhermitte, T. de Martel et J. Guillaume présentent un malade âgé de quarante-deux ans, qui, depuis l'âge de seize ans, souffre de céphalées. L'accentuation, depuis un an, des manifestations d'hypertension intracranienne, des troubles visuels en particulier, justifia divers examens, et en particulier une ventriculographie, étant donnée l'absence de symptômes neurologiques permettant une localisation. Cette ventriculographie montra une dilatation considérable du système ventriculaire; un pinéalome calcifié du volume d'une cerise comprimant l'extrémité antérieure de l'aqueduc de Sylvius, déterminait cette hydrocéphalie chronique.

Etant donnés les caractères non évolutifs de cette tumeur et la gravité d'une exérèse chez ce malade en mauvais état, on pratiqua une ouverture de la lame sus-optique, pour permettre au liquide ventriculaire de s'écouler librement dans les espaces sous-arachnoïdiens. L'intervention fut parfaitement supportée, et le malade ne présente plus actuellement aucun symptôme d'hypertension intracranienne : céphalées et stase papillaire ont disparu, l'état général est excellent. Les auteurs insistent sur l'intérêt de cette méthode dans certains cas d'obstruction de l'aqueduc de Sylvius.

Compression médullaire dorsale supérieure chez une femme de soixante-treize ans atteinte de maladie de Recklinghausen. Guérison de la paraplégie après ablation de deux petits méningiomes. — MM. J.-A. Chavany, M. David et F. Thiébaut ont vu, chez une femme de soixante-treize ans, atteinte de neurofibromatose de Recklinghausen, apparaître progressivement en quelques mois une paraplégie par compression. Les auteurs insistent sur la guérison obtenue *avec des suites opératoires tout à fait normales, malgré l'age avancé du sujet.* L'image lipiodolée objectivait nettement la présence de deux tumeurs étagées sur deux segments, qui furent extirpées, et qui s'avérèrent à la coupe comme étant des *méningiomes.* C'est un nouveau cas de maladie de Recklinghausen qui détermine des méningiomes et non des schwannomes. Ces faits peuvent s'expliquer par la théorie d'Oberling, qui attribue une origine commune aux méningioblastes et aux éléments cellulaires qui doivent former la gaine de Schwann.

Considérations anatomiques et physiologiques relatives à un cas d'astrocytome fibrillaire kystique de la région temporale gauche chez une droitière. — MM. J. Guillaume et R. Thurel présentent une jeune fille de quinze ans, droitière, chez laquelle un syndrome d'hypertension intracrânienne évoluait depuis six mois environ sans symptômes de localisation. La ventriculographie montra une volumineuse tumeur temporale gauche.

A l'intervention, les auteurs trouvèrent un kyste, qui contenait 150 centimètres cubes de liquide xanthochromique, et dont la tumeur murale, de découverte particulièrement difficile, était réduite au volume d'un noyau de cerise. La malade est guérie, et ne présente aucun trouble aphasique, malgré l'incision de la deuxième temporale, nécessaire pour aborder la lésion ; les auteurs insistent en outre sur l'absence de troubles du langage malgré la localisation de cette tumeur, et sur la difficulté de découverte de la tumeur murale dans certains kystes d'apparence primitive.

Spasme du cou en précolis associé à un spasme facial médian (inhibition du spasme par apnée). — MM. Th. Alajouanine, R. Thurel et J. Schwartz présentent un homme de trente-deux ans, chez lequel s'associent un spasme tonico-clonique de la tête en flexion et des contractions diffuses de toute la musculature faciale. Les mouvements involontaires disparaissent immédiatement au cours de la déglutition des liquides. En analysant ce phénomène, les auteurs ont pu constater que l'inhibition est due à l'apnée. L'apnée volontaire suspend également torticolis et spasme facial. L'étiologie est, dans ce cas, absolument indéterminée.

Abcès frontal droit encapsulé à staphylocoques dorés, consécutif à une infection sinuso-ethmoïdale. Ablation d'un seul bloc de l'abcès, après amputation du pôle frontal. Guérison. — MM. P. Puech, R. Thomas et M. Brun présentent un malade de trente et un ans, qui, à la suite d'une sinusite grippale, fut pris de violentes céphalées temporales droites, avec vomissements et stase papillaire bilatérale, euphorie, parésie faciale gauche. L'opération de l'abcès temporal diagnostiqué fut réalisée en deux temps : d'abord volet frontal droit et ponction de l'abcès ; puis, douze jours plus tard, ablation de l'abcès en un seul bloc.

Il s'agissait d'un abcès à coque très mince, contenant des straphylocoques dorés, et qui s'implantait au niveau des cellules ethmoïdales postérieures.

Le malade guérit sans incident, sans qu'aucune intervention sinuso-ethmoïdale fût nécessaire.

A propos de l'ablation d'un seul bloc des abcès encapsulés du cervelet. — MM. P. Puech, D. Mahondeau et H. Askénasy relatent le premier cas d'ablation en masse d'un abcès du cervelet, chez une femme de cinquante-deux ans, qui, à la suite d'un abcès du sein et d'un abcès de la région pubienne, présenta des signes d'hypertension intracranienne. Malgré les difficultés de la localisation, on finit par découvrir l'abcès, qui siégeait dans le cervelet, à 1^cm^,5 de profondeur dans le lobe droit. On le ponctionna, puis on l'incisa en bloc. C'était un abcès à coque, qui contenait du staphylocoque doré. La malade mourut le lendemain par hypotension intracranienne

consécutive au déblocage du quatrième ventricule, mais sans infection.

Hématome sous-dural droit post-traumatique. — MM. François THIÉBAUT, Marcel DAVID et Louis GUILLAUMAT présentent un malade, qui a été hospitalisé pour un syndrome d'hypertension intracranienne datant de six semaines, apparu quinze jours après un léger traumatisme cranien. Les signes cliniques, très frustes, semblaient indiquer une localisation droite, confirmée par ventriculographie.

A l'intervention, on découvrit l'hématome, et la guérison survint sans incident. Mais il n'y avait pas de lésions cérébro-méningées macroscopiques qui eussent été capables de favoriser l'hémorragie, déclenchée par un choc pourtant minime. Il n'existait aucun stigmate sanguin de la série hémophilique ni hémogénique.

Tumeur de la protubérance ; spongioblastome unipolaire intraprotubérantiel ; kyste cérébelleux de voisinage. Ablation. Guérison. — MM. Cl. VINCENT et H. ASKÉNASY présentent une femme de vingt-quatre ans, chez laquelle se trouvait réalisé un syndrome d'hypertension intracranienne, avec troubles de l'équilibre et syncopes. La ventriculographie montrait une dilatation des ventricules latéraux et du troisième ventricule, mais un aplatissement de la partie supérieure de l'aqueduc de Sylvius ; la partie inférieure de l'aqueduc et le quatrième ventricule restaient invisibles. L'opération permit d'abord de ponctionner un volumineux kyste développé dans le lobe gauche du cervelet, puis, après incision du derme, d'atteindre une tumeur de 4 grammes, qui faisait corps avec le triangle protubérantiel du plancher ventriculaire. La tumeur fut enlevée. C'était un spongioblastome unipolaire.

Les suites opératoires furent satisfaisantes. Les troubles cérébelleux postopératoires s'atténuèrent peu à peu, et, trois mois après l'opération, la malade semble à peu près normale.

L'ablation des tumeurs intraprotubérantielles reste une opération extrêmement rare.

De la qualité des émotions déterminantes des attaques de cataplexie. — MM. J. LHERMITTE et BINEAU présentent un malade chez lequel la nuance affective des émotions capables de déclencher l'inhibition partielle ou complète du tonus apparaît singulièrement précise ou déterminée. Toujours il s'agit d'une vibration émotive agréable accompagnée d'un effet de surprise. Au contraire, les émotions douloureuses ou pénibles gardent leur influence tonique. Dans ce cas, comme dans la règle, les attaques cataplectiques alternent avec des crises de narcolepsie. Le syndrome de Gélineau est au complet, et l'origine de la maladie demeure inconnue.

Note histologique sur la syringomyélie : cavité, tissu conjonctif, névralgie, cylindraxes. — MM. P. QUERCY et R. de LACHAUD.

Obsession après la maturité, par M. A. WILLIAMS.

Où en est la question de l'hystérie ? — M. J. FROMENT (de Lyon) insiste sur la nécessité, et même sur l'urgence d'une nouvelle discussion entre neurologistes au sujet de la définition de l'hystérie, et met en question la légitimité d'une « hystérie non pithiatique » dont, pour sa part, fidèle à l'enseignement de son maître Babinski, il se refuse à admettre l'existence.

A propos de trois confessions sincères d'hystérie. Hystérie et simulation. — M. BOISSEAU (de Nice) soutient que la « maladie hystérie » n'existe pas, mais que les accidents pithiatiques constituent un syndrome clinique indiscutable, pouvant s'observer chez des sujets dont l'état mental est très différent, depuis l'accidenté cupide jusqu'au simulateur, depuis la simple revendicatrice affective, jusqu'à la grande mythomane, voire même le dément précoce au début. Il rapporte les observations de trois sujets dont les aveux prouvent que, dans la création et la persistance de leurs accidents pithiatiques, interviennent les trois facteurs de la simulation : la volonté, l'intention de tromper, le but intéressé. Le choix et la localisation des accidents (au contraire de la paraplégie, la diplégie brachiale n'existe pas) ; la disparition des troubles quand le contrôle de la volonté cesse de s'exercer ; la coexistence chez certains sujets d'un œdème certainement provoqué et d'une paraplégie ou d'une contracture pithiatiques, sont autant d'arguments qui plaident en faveur de cette opinion. Si une apparente ressemblance clinique entre les désordres pithiatiques et les accidents post-encéphalitiques autorisait, comme le veulent certains, à expliquer le mécanisme pathogénique de l'hystérie, il faut reconnaître que l'identité clinique des accidents pithiatiques et simulés, admise de tous, devrait, bien mieux encore qu'une apparente ressemblance, permettre de tirer de telles déductions.

J. MOUZON.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 17 novembre 1936.

Lymphogranulomatose maligne avec cirrhose et ascite chez un enfant de douze ans. — MM. ARMAND-DELILLE, BOISSONET et BOYER présentent un enfant atteint de lymphogranulomatose ayant débuté il y a quatre ans par une petite adénite cervicale qui fut enlevée ; une récidive s'étant produite dans un ganglion sous-jacent, l'enfant fut soumis aux rayons ultra-violets, puis à une cure hélio-marine, mais sans résultat. Il est entré au printemps dernier à l'hôpital avec des signes de compression médiastinale et d'énormes adénopathies cervicales et trachéo bronchiques. La cuti-réaction a toujours été négative ; la radiothérapie a fait diminuer légèrement les masses ganglionnaires, mais il existe maintenant un foie très volumineux avec ascite et aussi une tuméfaction sous-conjonctivale de la paupière supérieure que les ophtalmologistes considèrent comme une localisation rare de la lymphogranulomatose.

M. LIÈGE fait remarquer que la cuti-réaction est presque toujours négative dans la lymphogranulomatose, même lorsqu'il existe des signes de tuberculose aussi certains qu'une expectoration bacillifère.

Thrombose de la veine ophtalmique. — MM. ARMAND-DELILLE et BOYER rapportent l'observation d'un enfant de sept ans qui à la suite d'un état infectieux grave fut atteint d'une exophtalmie due à une phlébite de la veine ophtalmique. L'hémoculture montra la présence dans le sang du *Streptococcus viridans* ; très rapidement se développa une mastoïdite qui fut opérée, mais l'enfant mourut vingt-quatre heures après ; il n'y eut pas de contrôle nécropsique.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Tuberculose à localisations particulières chez un enfant de deux ans. — M. Ribadeau-Dumas, Mme Siguier et M. Gabrit présentent un enfant vacciné à sa naissance avec le BCG, appartenant à une famille de tuberculeux, qui est atteint d'un lupus verruqueux de l'index gauche, d'une adénite cervicale suppurée et d'une paralysie de l'hémi-diaphragme gauche.

Méningo-radiculite avec troubles du caractère, tremblements et tachycardie. — MM. P.-P. Lévy et J. Schneider présentent une enfant de dix ans atteinte de troubles trophiques et vaso-moteurs des membres inférieurs avec abolition complète des réflexes tendineux des quatre membres, tremblements et tachycardie ; l'enfant a été atteinte d'abord de troubles tabétiformes de la marche et en même temps de somnolence, de tristesse, d'apathie.

L'évolution a été très prolongée, puisque le début de la maladie remonte à trois ans. Celle-ci résulte évidemment de la fixation sur le névraxe à divers étages d'un virus neurotrope inconnu.

Tumeur temporale gauche opérée avec succès chez une fillette de trois ans. — MM. Babonneix et Marcel David présentent une fillette opérée d'un tératome de la région temporale gauche s'accompagnant d'hémiplégie droite et de stase papillaire ; l'enfant a parfaitement guéri sans présenter à aucun moment de troubles du langage.

L'érythème noueux témoin de l'augmentation de l'allergie à la tuberculine. — M. Bindschedler.

Un cas d'épithélioma bénin calcifié de la peau. — MM. Fèvre et Maillet.

Zona et tuberculose. — MM. Sarrouy, Legenissel et Stora ont observé chez un enfant de onze ans et demi qui n'avait pas eu la varicelle, un zona intercostal et douze jours plus tard un érythème noueux de nature vraisemblablement tuberculeuse.

Le zona semble avoir préparé le lit à la tuberculose ; celle-ci a revêtu une forme atténuée puisque, cinq mois après les accidents relatés, l'enfant est dans un état satisfaisant.

Polyradiculonévrite avec dissociation albumino-cytologique du L. C. R. — MM. Sarrouy et Bullinger-Muller rapportent l'observation d'un enfant de six ans atteint d'une polynévrite des quatre membres quarante-cinq jours après une affection pharyngée (absence de bacilles diphtériques dans le prélèvement fait au moment de la paralysie) ; cette polynévrite s'est accompagnée de dissociation albumino-cytologique du L. C. R. sans xanthochromie ; elle a évolué progressivement vers la guérison.

Les auteurs discutent au sujet de cette observation la polynévrite diphtérique et le syndrome de Guillain et Barré, polynévrite infectieuse curable due à un virus neurotrope.

Erysipèle du nouveau-né avec gangrène du scrotum, traitement par le chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine, guérison. — MM. P. Lereboullet, Gavois et J. Bernard présentent l'histoire d'un nouveau-né de vingt jours entré à l'hôpital avec un érysipèle presque généralisé à toute la surface cutanée, fébrile et accompagné d'une gangrène étendue du scrotum et des tuniques sous-jacentes.

Mis d'emblée au traitement par des doses quotidiennes élevées de sulfamido-chrysoïdine (4 comprimés de 0gr,25), l'enfant a complètement guéri. L'action de la médication s'est fait sentir immédiatement, mais il a fallu la continuer pendant trois mois : toute suppression ou seulement diminution de la dose entraînait une réapparition d'érythème et facilitait l'éclosion d'abcès à streptocoques. La guérison définitive est survenue avec cicatrisation complète des bourses et développement normal des testicules.

Syphilis héréditaire fébrile. — M. Grenet rapporte l'observation d'un garçon de onze ans et demi qui présentait de la fièvre depuis neuf mois au moment de l'examen : la température oscillait entre 37°,5 et 39° avec quelques rémissions. Il n'y avait rien de particulier à noter dans les antécédents personnels ou héréditaires de l'enfant, mais celui-ci avait un strabisme convergent très accusé, une diminution importante de l'acuité visuelle du côté gauche, une papille optique droite hyperémiée avec bord nasal un peu flou, une rate volumineuse, un foie légèrement augmenté de volume ; cependant les réactions de Bordet-Wassermann, de Hecht et de Kahn étaient négatives.

Un traitement par le cyanure de mercure intraveineux entraîne une chute rapide de la température, mais la fièvre reprend au bout de huit jours ; on fait alors des injections intramusculaires de sulfarsénol : dès la troisième, disparition définitive de la fièvre, diminution du volume de la rate et du foie, augmentation du poids ; l'état des yeux n'a pas été modifié.

Les syphilis fébriles restent habituellement méconnues pendant un temps plus ou moins long.

Le cuivre dans le lait de femme et dans le lait de quelques espèces animales. — MM. Lesné, Zizine et Briskas montrent que la teneur en cuivre du lait cru de vache et de chèvre varie suivant les différentes époques de l'année : elle est plus élevée au printemps et en été quand les animaux s'alimentent avec des fourrages frais riches en cuivre.

Le lait de femme est plus riche en cuivre que le lait des différentes espèces animales ; ce taux varie suivant la période de lactation : très élevé dans le colostrum et le lait des premières semaines, il diminue ensuite, surtout à partir du huitième mois.

Si le nourrisson continuait à prendre exclusivement du lait à cette époque, il serait donc d'autant plus carencé en cuivre que les réserves cupriques du foie se sont épuisées en même temps que les réserves martiales : les végétaux et les fruits deviennent alors indispensables dans le régime.

NOUVELLES

Chaire de clinique de la tuberculose (Fondation du Conseil général de la Seine). — Professeur : M. Fernand Bezançon, avec la collaboration de MM. Poix, Paul Braun, Baron, Triboulet, Azoulay, Valtis, Mme Frey-Ragu, Mlle Heimann, MM. Destouches, Fouquet, Gaucher, Langlois et André Meyer, assistants ; de MM. Chadourne, Christian Paul, Lehmann, Cachin, chefs de clinique ; de MM. Pierre Bernal, Joly, Bousser, Mlle Delon, anciens chefs de clinique ; de MM. Pergola et Robert, anciens internes de service ; de MM. Guillaumin et Delarue, chefs de laboratoire.

L'enseignement pendant les vacances sera assuré par M. Etienne Bernard, agrégé.

Programme de l'enseignement. — Pendant chacun des deux semestres il est institué un enseignement pratique de la tuberculose auquel peuvent participer tous les étudiants, mais qui sera particulièrement réservé aux étudiants en médecine de quatrième année, aux étudiants en fin d'études, et aux médecins qui se destinent à remplir les fonctions de médecin de di pen aire et de sanatoriums ou qui désirent compléter leur instruction en phtisiologie. Un certificat de stage pourra leur être délivré. Cet enseignement pourra être complété pendant la période de vacances par un stage dans un des sanatoriums de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine ou de la Renaissance sanitaire.

M. le professeur Fernand Bezançon a commencé ses leçons cliniques le vendredi 1er décembre, à 11 heures à la salle de conférences de la clinique et les continue les vendredis suivants à la même heure.

Sujet des leçons : Tuberculose infection et tuberculose maladies.

Lundi de 10 heures à 12 heures : Examen clinique des entrants par M. Fernand Bezançon et les chefs de clinique. Pratique du pneumothorax : traitement dee pneumothorax compliqués et sections de brides avec la collaboration dè MM. Paul Braun, Poix, Baron, Triboulet et André Meyer.

Mardi de 10 heures à 11 heures : Présentation de malades à la salle de conférences. — De 11 heures à 12 heures : Examens médico-chirurgicaux avec la collaboration de MM. Lardennois, Maurer et Rolland.

Mercredi de 10 heures à 12 heures : Consultation des maladies des voies respiratoires (asthme et emphysème) avec présentation de malades, avec la collaboration de MM. André Jacquelin, Celice et Fr. Joly.

Jeudi de 10 heures à 12 heures : L'enseignement de la prophylaxie antituberculeuse : Consultation au dispensaire avec la collaboration de M. Paul Braun. Prophylaxie anténatale par Mme Frey-Ragu. Consultation de nourrissons avec la collaboration de M. Maurice Lamy et de Mme Frey-Ragu.

Vendredi de 10 heures à 11 heures : Présentation et revision des dossiers par M. Paul Braun.

Vendredi à 11 heures : Leçon clinique par le professeur (salle de conférences).

Samedi de 10 heures à 12 heures : Examen clinique et radiologique des malades en collaboration avec MM. Maingot et Azoulay. Lipiodologiagnostic (Dr Azoulay).

Mercredi et vendredi à 9 heures : Opérations de chirurgie pulmonaire dans le service du Dr Lardennois, par MM. Lardennois, Maurer et Dreyfus-Le Foyer.

Vendredi à 9 heures : Sections de brides par MM. Triboulet et André Meyer.

Au dispensaire Léon-Bourgeois : *Lundi* à 14 h. 30, *jeudi* et *samedi* de 8 h. 30 à 12 heures : Consultation par les assistants avec directives médico-sociales. Les applications de la législation antituberculeuse par M. Poix. Les élèves sont répartis par groupes pour participer à ces consultations.

Mercredi de 8 h. 30 à 12 heures : Séances de réinsufflations de pneumothorax.

Mercredi, jeudi, samedi à 11 heures : Examens bronchoscopiques par M. Soulas.

Lundi à 10 heures : Contre-visite pour l'œuvre du Placement familial des tout-petits par Mme Sussmann, présidente, et Mme le Dr Frey-Ragu.

Mercredi à 11 heures : Contre-visite pour le placement familial d'enfants par M. Vitry.

Samedi à 9 h. 30 : Contre-visite des malades de préventorium et de sanatorium par M. André Martin.

Laboratoire de recherches : *Bactériologie* : M. Paul Braun ; *Chimie* : M. Guillaumin ; *Anatomie pathlogique* : M. Delarue.

Au service de la clinique sont annexés : Une section du Service social à l'hôpital ; présidente : Mme Getting ; assistantes sociales : Mlles Vachez et Morcrette ; — L'Œuvre des Amis de la Clinique de la tuberculose sous la direction de Mme Maurice Herbette ; — Une bibliothèque (bibliothèque Léon-Bernard) sous la direction de M. le Dr Arnould.

L'inauguration des agrandissements de l'Association des étudiants en médecine de Paris. — En même temps qu'elle fêtait son cinquantième anniversaire, l'A. E. M. P., ancienne section de médecine de l'A. G., inaugurait les agrandissements de ses locaux sis à 10 mètres de la Faculté, 6, rue Antoine-Dubois.

A cette occasion, une fête familiale réunit autour du Comité M. le Recteur, qui représentait le ministre de l'Education nationale, le Dr Azeman, représentant le ministre de la Santé publique, M. le Doyen de la Faculté de médecine, le corps professoral, les directeurs des laboratoires pharmaceutiques et la presse.

Pierre Malet, président du Comité, remercia les personnalités qui témoignaient par leur présence de l'intérêt qu'elles portent à l'activité de cette association, et fit un exposé au cours duquel il développa le passé, l'action et les projets de l'A. E. M. P.

Le doyen, de façon charmante, dit sa joie de trouver chez les jeunes le feu sacré qui les anime.

La cérémonie prit fin après célébration, par un vin d'honneur, de l'excellente santé de la cinquantenaire.

Fédération de la Presse médicale latine (52, avenue de Breteuil, Paris-7e). — Le Comité permanent de la Fédération de la Presse médicale latine, réuni en séance extraordinaire le 28 novembre 1936, après avoir pris connaissance de l'appel de ses collègues espagnols :

Très ému des difficultés apportées jusqu'à ces derniers jours à l'expédition et à la diffusion à l'étranger de certains périodiques espagnols, purement scientifiques pourtant ;

Est heureux de constater que, dans un souci d'impar-

NOUVELLES *(Suite)*

tialité attendu, le Gouvernement français vient de prendre les mesures nécessaires pour faciliter cette diffusion en accélérant les envois ;

Espère que seront ainsi sauvegardés les échanges indispensables au progrès de la science médicale tant en France qu'en Espagne et que seront maintenues et renforcées les relations si amicales qui n'ont cessé d'exister entre les médecins des deux nations latines ;

Et saisit cette occasion de renouveler à ses collègues espagnols, si atrocement éprouvés, l'expression de la sympathie profonde que la Fédération avait déjà formulée à Venise, au cours du IV[e] Congrès de la Presse médicale latine.

Pour le Comité, le secrétaire général,
D[r] L.-M. PIERRA.

Clinique des maladies du système nerveux (professeur : M. Georges GUILLAIN). — Durant l'année scolaire 1936-1937, des conférences neurologiques sur des sujets spéciaux seront faites à l'amphithéâtre de la clinique Charcot (hospice de la Salpêtrière), à 10 h. 30, aux dates suivantes :

Vendredi 29 janvier 1937. — D[r] Clovis Vincent : Le traitement des traumatismes craniens.

Vendredi 19 *février*. — D[r] J. Decourt : Le rôle des glandes parathyroïdes en pathologie osseuse.

Vendredi 19 *mars*. — D[r] J. Lhermitte : Diagnostic différentiel des syndromes hypothalamiques et des syndromes hypophysaires.

Vendredi 23 *avril*. — D[r] Th. Alajouanine : L'aphasie d'expression.

Vendredi 18 *juin*. — Professeur G. Roussy : Le système régulateur neuro-hormonal. Etudes anatomique et physiologique.

Vendredi 2 *juillet*. — D[r] Petit-Dutaillis : Le traitement chirurgical de la névralgie faciale.

Hygiène et clinique de la première enfance (Clinique Parrot). — M. le professeur P. LEREBOULLET. — *Mercredi*. — L'âge de la primo-infection tuberculeuse chez l'enfant.

Thèses de la Faculté de médecine de Paris. — 21 *Décembre*. — M. GORDON, Les anti-hormones. — M. BEASSE, L'acide ascorbique et son rôle en thérapeutique.

22 *Décembre*. — M. JANNIC-CLET, De quelques parathyroïdectomies. — M. LERNER, Sur les cryptoleucémies. — M[lle] AVELINE, Recherche du bacille tuberculeux par la culture des selles. Résultats. — M[lle] SENYES, Etude des kystes épithéliaux à la rate. — M. MÉRIC, Etude du mécanisme d'action des procédés de collapsothérapie de la tuberculose. — M. RICOUX, Notions actuelles sur la cellulite et son traitement.

Thèse vétérinaire. — 21 *Décembre*. — M. LEMOINE, Botrymycose chez les animaux domestiques.

Les LABORATOIRES ROSA prient MM. les médecins de les excuser d'un léger retard survenu dans leur service d'échantillonnage de CHOPHYTOL dû à l'abondance des demandes. Qu'ils soient rassurés : le Chophytol leur parviendra assez tôt pour leur permettre de jouir sans appréhension des agapes de fin d'année.

Toutes les demandes, même tardives, seront servies. Bonne fête ! Bonne chère !

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

31 DÉCEMBRE. — *Paris*. — Prix de la Société des chirurgiens de Paris : date limite pour déposer les travaux par le D[r] BRIZARD.

31 DÉCEMBRE. — *Paris*. Société des chirurgiens de Paris. Date limite pour déposer les travaux en vue des prix de la Société des chirurgiens de Paris.

1[er] JANVIER. — *Paris*. Ministère du Travail. Date limite pour l'inscription au concours de médecin-contrôleur adjoint des assurances sociales.

1[er] JANVIER. — *Mulhouse*. Date limite pour faire acte de candidature à la place de médecin-chef et chirurgien en chef des hôpitaux de Mulhouse.

3 JANVIER. — *Saint-Denis*. Date limite pour l'inscription au concours pour 4 places d'interne titulaire et 1 place d'interne provisoire à l'hôpital.

4 JANVIER. — *Paris*. Faculté de médecine. Début des consignations pour l'examen de fin d'année.

4-16 JANVIER. — *Paris*. Faculté de médecine. Consignations pour les examens de fin d'année.

10 JANVIER. — *Paris*. Hôtel-Dieu. Assemblée générale de la médecine française. Premières assises de 1937 sous la présidence de M. le professeur Fernand BEZANÇON. Question : Primo-infection tuberculeuse.

10 JANVIER. — *Aix-en-Provence*. Fermeture du registre d'inscription pour le concours de deux internes à l'asile public d'aliénés.

11-12 JANVIER. — *Saint-Denis*. Concours pour 4 places d'internes et 1 place d'interne provisoire à l'hôpital.

11 JANVIER. — *Poitiers*. Concours de chef de clinique médicale.

14 JANVIER. — *Paris*. Mairie du VI[e], 20 h. 30, Société végétarienne de France. D[r] LEGRAIN : Ce que dit la plante.

16 JANVIER. — *Paris*. Faculté de médecine. Limite des consignations pour l'examen de fin d'année.

18 JANVIER. — *Paris*. Assistance publique. Concours du prix de l'internat en médecine (médaille d'or), salle des concours, 49, rue des Saints-Pères.

CHRONIQUE DES LIVRES

Legioni cliniche, par le professeur Luigi Ferrannini (de Bari) (*Ed. Minerva medica, Turin*, 1936).

Le professeur Ferrannini vient de publier les leçons cliniques qu'il a faites à l'Université de Bari et qui se rapportent aux sujets les plus variés : carcinomes des glandes péri-duodénales ; syphilis gastro-duodénale ; spléno-hépatomégalie et microsomie hérédo-syphilitique ; diabète sucré infantile et hypo-pituitarisme ; cirrhose veineuse atrophique du foie ; ictère hémolytique ; réticulo-endothéliose spléno-hépato-mégalique ; anémie splénique infantile et lymphose aleucémique ; diabète insipide et microsomie hypophysaire ; neuro-endocrinopathie complexe hyperthyroïdienne et hypo-pituito-surrénale.

Ces sujets, si intéressants, sont traités très largement et de façon très moderne. Pareilles leçons méritent d'être consultées et font le plus grand honneur à la clinique italienne.

Paul Carnot.

Un traitement classique des ulcères gastro-duodénaux : l'histidine (Dr N. Quénée, **Gazette des hopitaux, no 36**, Paris, 6 mai 1936).

Les premières communications sur l'emploi, dans la maladie ulcéreuse gastro-duodénale, de la solution à 4 p. 100 d'histidine (laristine) remontent maintenant à plus de trois ans et il y a donc un recul suffisant pour discuter cette méthode.

Certes, la maladie ulcéreuse est une affection essentiellement cyclique, susceptible, par conséquent, de longues périodes d'accalmie, et il est difficile de parler à son sujet de traitement pathogénique, mais ce que l'on peut affirmer, avec les très nombreux auteurs qui ont publié sur la laristine, c'est que ce médicament donne d'excellents résultats, surtout au point de vue douleurs et relèvement de l'état général. Si l'on considère ce qu'ont écrit les cliniciens qui se sont occupés de la question (Stolz, Weiss, Desplas, Ratschow, David Smith, Hannedouche, Vasselle, Aron, Lenormand, Fournial, etc.), le traitement par l'histidine doit être appliqué, non seulement lorsque l'on soupçonne un ulcère, mais même lorsque l'on doit opérer un ulcère, dans la période antéopératoire, comme aussi pour consolider l'opération, dans la période de convalescence.

Au point de vue pratique, il importe de bien savoir qu'il faut considérer la maladie ulcéreuse comme une affection de longue durée, telle, par exemple, la maladie syphilitique, et qu'il est nécessaire de soumettre l'ulcéreux à des traitements d'entretien de deux ou trois séries plusieurs fois par an. En général, il faut faire une série de 24 injections intramusculaires de laristine de 5 centimètres cubes pour obtenir des résultats certains, mais pour les cures d'entretien, une douzaine d'injections suffisent. En période aiguë, il est bon d'associer à la laristine les pansements gastriques ; dans beaucoup de cas, il est inutile de maintenir le malade au régime, cependant il est essentiel de supprimer l'alcool. Enfin dans un certain nombre d'observations, l'auteur fait remarquer que l'atropine, ou mieux le syntropan, sont parfaitement indiqués car, en plus de leurs propriétés antispasmodiques, ils exercent une action particulière en déterminant une hypersécrétion du mucus gastrique. En procédant de cette manière, l'auteur a eu les succès les plus constants.

Précis de chimie biologique médicale, par P. Cristol, professeur de chimie biologique et médicale à la Faculté de médecine de Montpellier. Un volume de 640 pages (*Collection de Précis médicaux*). Broché : 70 fr. ; cartonné toile : 80 fr. (*Masson et Cie, éditeurs, Paris*).

Ce livre est surtout destiné aux étudiants en médecine. Cependant les étudiants en pharmacie, les pharmaciens et les médecins praticiens y trouveront condensées les notions essentielles de la chimie biologique appliquée dont les acquisitions ont été incessantes pendant ces dernières années et dont l'évolution est si intimement liée aux progrès de la médecine. Les étudiants des Facultés des sciences trouveront également profit à le lire et à l'assimiler.

Conçu d'après un plan nouveau, il ne fait pas double emploi avec l'excellent ouvrage récent de chimie biologique organique de Polonovski et Lespagnol. Son titre de *Précis de chimie biologique et médicale* montre bien ses limites et son orientation.

L'ouvrage comprend quatre parties où les matières sont étudiées successivement du point de vue chimique et du point de vue physio-pathologique.

La première partie comprend les généralités et sert d'introduction à la chimie biologique médicale : notions générales de physico-chimie biologique, composition élémentaire et constituants chimiques des êtres vivants. Elle se termine par un chapitre important et nouveau : la Biochimie des hydrocarbures.

La deuxième partie traite des glucides. L'étude chimique des ose, osides, colloïdes osogènes, etc., précède l'étude physiopathologique bien plus importante.

Dans la troisième partie, les lipides sont envisagés d'abord du point de vue chimique et ensuite du point de vue physiopathologique avec une importante mise au point des évolutions intra-organiques des acides gras, des alcools des lipides et surtout des stérols.

Enfin la quatrième partie est consacrée aux protides : étude chimique des monopeptides, des polypeptides et des protéides et étude physiopathologique.

DERNIÈRES NOUVELLES

Médecins présents à Paris pendant les vacances

Paris Médical, publiera pendant les mois de vacances, les noms, adresses et spécialités de nos confrères restant à Paris.

Prière de nous faire connaître dès maintenant ces renseignements.

Dermato-vénéréologie. — M. le Dr Galliot, 74, rue de Rome, absent pendant le mois de juillet, reprendra ses consultations le 3 août, et sera présent à Paris en août et septembre.

Nécrologie

M. Jean Cambiès, père de M. le Dr Cambiès, médecin consultant à Châtel-Guyon. — Le Dr Alphonse Briart, ancien médecin-chef des charbonnages de Bascoup (Belgique), décédé à l'âge de 72 ans. — Le Dr Defays (de Verviers, Belgique). — Le Dr A. Dumont (de Louvain). — Le Dr Tistaert (d'Heekelghem, Belgique). — M. Alex Cheyssial, pharmacien colonel des troupes coloniales, chevalier de la Légion d'honneur. — Madame Ernest Achard, mère de M. le Pr Charles Achard, décédée à l'âge de 97 ans. — Le Dr Emile Vallet, chevalier de la Légion d'honneur. — Le Dr Hirne (de Nice). — Mlle Françoise Massé, décédée à l'âge de 7 mois, fille de M. le Dr Jean Massé.

Mariages

M. le Dr Paul Delmas, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, officier de la Légion d'honneur, et Madame Gabrielle Wybauw, sœur de M. le Dr René Wybauw, professeur à la Faculté de médecine de Bruxelles. — M. Nicolas Ph. Barbatis, fils de M. le Dr Barbatis, directeur-fondateur du *Monaco-Méditerranée Médical*, et Mlle Christiane Portelli. — M. le Dr Pierre Barragué, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique à la Faculté, chirurgien de l'hôpital de Versailles, et Mlle Yvonne Louppe. — Mlle Suzanne Deglos, fille de M. le Dr Edmond Deglos, médecin de l'hôpital Saint-Joseph, et M. André Raudin. — Mlle Marie-Alberte Sassani, fille de M. le Dr Louis Sassani, et M. Pierre Combe. — M. Paul Giraud, interne à l'hôpital Saint-Joseph, et Mlle Solange Thouvenot. — Mlle Marie-Claire Chateau, fille de M. le Dr Louis Chateau, et M. Pierre Raillard, enseigne de vaisseau. — Mlle Madeleine Barral, interne des hôpitaux de Lyon, fille de M. le Dr Etienne Barral, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Lyon, membre correspondant de l'Académie de médecine, et de Madame, et M. Maurice Fenoglio. Nos sincères félicitations.

Naissances

M. le Dr et Madame Brunet (de Chateauroux) font part de la naissance de leur fille Marie-Rose.

Faculté de médecine de Paris

Stages complémentaires de vacances 1936. — L'enseignement pour les stagiaires sera organisé pendant les vacances du 15 juillet au 31 octobre 1936, dans les services de :

M. le Pr Loeper, à l'hôpital Saint-Antoine.

M. le Pr Cunéo, à l'Hôtel-Dieu.

MM. les étudiants ayant un stage à compléter devront adresser à M. le Doyen une demande rédigée sur papier timbré avant le 11 juillet 1936.

DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Ils désigneront la date à laquelle devra commencer leur stage : 15 juillet, 15 août, 15 septembre.

Pourront également s'inscrire les étudiants qui, tout en étant en règle au point de vue du stage, seraient désireux de suivre un service pendant les vacances.

Facultés de médecine

Par arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 23 juin 1936, l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie le vendredi 17 juillet 1936.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de la Faculté près laquelle ils désirent subir les épreuves du concours. Ils devront être français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit ans au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui pendant lequel les candidats auront accompli leur service militaire.

Les registres d'inscription seront clos le 8 juillet 1936, à 16 heures.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux

Voici les résultats du concours pour le " Prix du Dr Henry Bordier ", prix annuel et perpétuel de 1.500 francs.

Médecine. — Sujet proposé : Définir les différentes formes de l'énergie radiante et les rayonnements des corps radio-actifs ; principes physiques et applications biologiques et médicales. — Lauréat : M. Lafon.

Pharmacie. — Sujet proposé : L'indice de réfraction ; méthodes réfractométriques. Applications à la biologie et à la clinique. — Lauréats : MM. Maignan et Dumora.

Nota. — Le prix de pharmacie n'ayant pas été attribué en 1935, le jury a décidé l'attribution de deux prix en 1936.

Académie de médecine

M. Lasseur (de Nancy) pose sa candidature au titre de correspondant national dans la quatrième division (*Sciences biologiques*).

Ecole préparatoire de médecine de Caen

La suppléance de médecine expérimentale est supprimée à dater du 1er octobre 1936.

Il est créé, à compter de la même date, une chaire magistrale de médecine expérimentale.

Hôpitaux de Marseille

Attribution du prix « Louis Collet ». — M. Frédéric Collet, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon, professeur à la Faculté de médecine, à fait don aux hospices civils de Marseille d'une somme de 20.000 francs.

Le prix « Louis Collet », pour 1935, a été attribué à M. le Dr Joseph Alliez, ancien interne des hôpitaux, chef de clinique neurologique.

Hôpitaux de Saint-Etienne

Le concours pour une place de médecin des hôpitaux de Saint-Etienne s'est terminée par la nomination de M. Bouquin, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Service de santé de la marine

M. le médecin en chef de 2e classe Féret a été désigné pour remplir les fonctions de sous-directeur de l'Ecole principale du Service de santé de la marine de Bordeaux, en remplacement de M. le médecin de 2e classe Brun.

Corps de santé de la marine

Par décret en date du 7 juin 1936, a été promu dans le Corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal : M. Laurent, médecin de 1re classe, en remplacement de M. Le Floch, admis à la retraite.

DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Légion d'honneur

Est nommée :

A titre posthume, *Au grade de chevalier* : Madame de Brancas, née Grunspan (Mathilde), chef de laboratoire d'électroradiographie à la clinique Baudelocque à Paris; 34 ans de pratique professionnelle particulièrement distinguée. Décédée, victime de son devoir.

Caisse nationale de la recherche scientifique

M. le ministre de l'Education nationale a fait connaître à l'Académie de médecine que la Caisse des recherches scientifiques et la Caisse nationale des sciences sont réunies en une seule : la « Caisse nationale de la recherche scientifique ».

Le mandat de M. Achard, déjà délégué de l'Académie aux deux Caisses précédemment existantes, lui a été renouvelé au Conseil d'administration de la nouvelle Caisse.

Fondation Roux

Création de bourses. — Il est constitué sous le nom de Fondation Roux un organisme qui a réuni des ressources pour contribuer au recrutement du personnel scientifique de l'Institut Pasteur.

Il offre cette année à des jeunes gens en fin d'études et possédant le goût de la recherche, 10 bourses de 15.000 francs chacune.

Les titulaires seront choisis sur titres et sur références de leurs maîtres, par une commission nommée à cet effet.

Les bourses partent du 1er octobre et sont renouvelables deux fois. Elles pourront être augmentées dès la 2e année, si le titulaire se distingue par la qualité de ses travaux. A la fin de la troisième année le boursier pourra être admis dans les cadres de l'Institut Pasteur ou pourvu d'une situation en province, aux colonies ou à l'étranger.

Les candidats devont adresser leurs demandes à l'Administration de la Fondation Roux, 205, rue de Vaugirard, Paris (15e).

Union thérapeutique *(Association internationale fondée en 1936)*.

L'Assemblée générale annuelle de l'Union thérapeutique, présidée par M. le Pr Loeper se tiendra le mercredi 14 octobre prochain à la Faculté de médecine de Paris.

La séance du matin aura lieu à 9 heures (salle du Conseil). Les questions suivantes seront traitées : L'organisation du contrôle des médicaments par M. le Pr Dautrebande (de Liége); la thérapeutique diététio-insulinique dans le diabète sucré par M. le Pr Luigi Zoja (de Milan); l'acide ascorbique, bases biologiques et cliniques de ses médications thérapeutiques par M. le Pr Mouriquand (de Lyon) et A. Cœur; les méthodes de réanimation par M. le Pr Ag. Cordier; la pyrothérapie dans les complications médicales de la blennorragie par M. le Pr Ag. Charles Richet et M. Facquet; le traitement chirurgical de l'asystolie par thyroïdectomie totale par MM. Welti, chirurgien des hôpitaux de Paris, et Roland Leven.

Dans l'après-midi, à 15 heures, se tiendra la séance pleinière de l'Union et de la Société de thérapeutique de Paris (Amphithéâtre Vulpian). La question mise à l'ordre du jour est le traitement des migraines. Les rapports seront les suivants : Traitement endocrinien par M. le Pr Maranon (de Madrid); spasmes vasculaires et importance de la thérapeutique antispasmodique par M. le Pr Parhon (de Bucarest); médications hépatiques par M. le Pr Aubertin (de Bordeaux); traitements par les méthodes de modification humorale par MM. les Prs Ag. Pasteur Vallery-Radot, Hagueneau et M. le Dr Hamburger.

Les demandes d'adhésion à l'Union thérapeutique doivent être adressées au secrétaire général : Dr G. Leven, 24, rue de Téhéran, Paris (8e).

Des billets de chemin de fer à tarif réduit seront délivrés aux membres de l'Union qui les demanderont au secrétaire avant le 15 septembre. Les membres étrangers voudront bien indiquer la gare frontière d'entrée en France.

DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Un banquet par souscription auquel les dames sont invitées à prendre part aura lieu le même soir.

XXXVIe Congrès de l'Association française d'urologie

Le Congrès se réunira à Paris, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, le lundi 5 octobre 1936, à 16 heures, et se poursuivra jusqu'au samedi 10 octobre sous la présidence de M. O. Pasteau.

Assemblée générale le vendredi 9 octobre à 14 heures 30.

Question à l'ordre du jour : Anomalies pyélo-urétrales (congénitales) et leurs conséquences chirurgicales. M. Darget, rapporteur.

Association des amis d'Adolphe Courtois

Une Association vient d'être créée dans le but d'honorer la mémoire et de perpétuer l'œuvre scientifique du Dr Adolphe Courtois, médecin des asiles, prématurément enlevé à ses travaux et à l'affection de ses nombreux amis.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire, M. P. Sivadon, chef de clinique à la Faculté, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe).

Xe Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose

La Xe Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose se tiendra à Lisbonne du 7 au 10 septembre prochain. Les sujets à l'ordre du jour sont les suivants : Questions biologique : « Les aspects radiologiques du hile pulmonaire et leur interprétation »; Question clinique : « Primo-infection tuberculeuse de l'adolescent et de l'adulte »; Question sociale : « Prophylaxie de la tuberculose à domicile ».

Au programme figure, en outre, des réceptions officielles, des visites des principaux organismes antituberculeux et des excursions aux sites les plus remarquables du Portugal et à l'Ile de Madère.

Les participants bénéficieront d'importantes réductions sur les chemins de fer français, espagnols et portugais, ainsi que dans les hôtels de Lisbonne.

Les médecins et les personnes s'intéressant à la lutte antituberculeuse, qui désirent prendre part à cette Conférence, sont priés d'en aviser, le plus tôt possible, le Comité National de Défense contre la Tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (6e), chargé de présenter au Comité d'organisation de la Conférence les adhérents français. Les membres de l'Union n'ont aucune cotisation à payer, les autres personnes devront acquitter une cotisation de 200 escudos (environ 125 francs français); les parents des participants à la conférence pourront jouir des mêmes avantages que les membres régulièrement inscrits, moyennant le versement d'une cotisation réduite de 90 escudos (environ 60 francs français).

Pour tous renseignements sur les horaires et prix des chemins de fer, conditions de voyage par voie maritime; s'adresser au Bureau des Congrès, Cie Internationale des Wagons-Lits Cook, 40, rue de l'Arcade à Paris (8e).

Le Gérant : J.-B. BAILLIÈRE

Imp. N. Thécult 8, rue Danton, Paris

DERNIÈRES NOUVELLES

Médecins présents à Paris pendant les vacances

Paris Médical, publiera pendant les mois de vacances, les noms, adresses et spécialités de nos confrères restant à Paris.

Prière de nous faire connaître dès maintenant ces renseignements.

Dermato-vénéréologie. — M. le Dr Galliot, 74, rue de Rome, absent pendant le mois de juillet, reprendra ses consultations le 3 août, et sera présent à Paris en août et septembre. — M. le Dr Belgodère, médecin adjoint de Saint-Lazare, 69, rue Rochechouart, ne s'absente pas de Paris; il sera donc présent en juillet, août et septembre.

Médecine générale. — M. le Dr Maurice Bariéty, 77, rue Monceau, sera présent à Paris à partir du 15 juillet.

Médecine générale. - Enfants. — M. le Dr Jacques Odinet, 4, rue de la Renaissance (8e), sera présent à Paris du 15 juillet au 10 septembre.

Médecine générale. - Neurologie. — M. le Dr Jean Lereboullet, 51, avenue de Breteuil (7e) sera présent à Paris en août et septembre.

Médecine générale. - Maladies des voies digestives. — M. le Dr René Gaultier, 40, rue de la Bienfaisance, sera présent à Paris jusqu'au 4 août.

Phtisiologie. — Mme le Dr Marcelle Blanchy, 36, rue Vaneau (7e), sera présente à Paris à partir du 24 juillet.

Chirurgie. — M. le Dr P.-A. Digeon, 1, place Victor-Hugo (16e), absent du 12 juillet au 1er août, sera présent à Paris en août et en septembre. — M. le Dr Talheimer, 24 avenue Recteur Poincaré, sera à Paris pendant toutes les vacances.

Nécrologie

Le Dr Jules Branzeau (de Dadzit, Landes). — Le Dr Edmond Darras (de Saint-Omer). — Le Dr Froelich (de Nancy). — Le Dr Fernand Joguet (de Paris). — Le Dr Alphonse Le Couédic (de Loudéac). — Le Dr Martin (de Gardes). — Le Dr Paul Monsseaux (de Vittel). — Le Dr Marcel Siviende (de Mézériat, Ain). — Le Dr Hamilton Clellad Marr (d'Edimbourg), décédé à l'âge de 66 ans; il fut d'abord médecin-chef d'asiles à Glasgow, puis fut nommé commissaire médical des maladies mentales en Ecosse, et enfin commissaire général médical du bureau général de contrôle. — Le Dr John Howard Wright, décédé à Tien-Tsin à l'âge de 40 ans. — Le Pr William Bradluz Coley, décédé à New-York à l'âge de 75 ans. — Le Dr Ernest Woodhaad Blackburn, décédé à l'âge de 68 ans à Barnsley (Grande-Bretagne); il était chirurgien résident de la Radcliff Infirmary d'Oxford, et démonstrateur en pharmacologie à cette Université. — Le Pr A. Morselli, décédé à Gênes à l'âge de 57 ans; il était doyen de la clinique des maladies nerveuses et mentales de l'Université de Gênes. — Le Dr Jules Fouquet, chevalier de la Légion d'honneur. — Le Dr Louis Bénard-Tertrais, ancien maire de Château-Gontier, décédé à l'âge de 54 ans. — Le Dr Loque, ancien député de Vaucluse, ancien maire et conseiller général de Bollène, décédé à l'âge de 83 ans. — Le Dr René Van Heze (d'Anvers). — Le Dr Jules Bastin (de Longueville, Belgique). — Le Dr Charles Bruchet (de Chaudeney-sur-Dheune). — Le Dr Octave Guibert (de La Garenne). — Le Dr Octave Roumieu (de Bazas). — Le Dr Ernest Sevin (d'Avranches). — Madame Ernest Lang, belle-mère de M. le Dr Léon Zadoc-Kahn. — Le Dr Alfred de Peyer (de Leysin). — Le Dr Paul

Coeytaux (de Carouge). — Le Dr P.-T. Franceschi (de Centuri).

Mariages

Mlle Marie Balossini, externe des hôpitaux de Paris, et M. Henry Coulombiex, externe des hôpitaux de Paris. — M. Jacques d'Herbécourt, fils de M. le Dr Jean d'Herbécourt, ancien interne des hôpitaux de Paris, et Mlle Hélène Grosos.

Fiançailles

M. Pierre Faugeron, interne des hôpitaux de Paris, fils de M. le Dr et de Madame Louis Faugeron, et Mlle Renée Camatte. — Mlle Jacqueline Le Roy des Barres, fille de M. le Dr Maurice Le Roy des Barres, et M. Francis Dupuy.

Naissances

M. le Dr et Madame Lamoril-Torck font part de la naissance de leur fils François. — M. le Dr et Madame Pierre Parzy-Debosque font part de la naissance de leur fils Bernard. — M. le Dr et Madame Emile Moins font part de la naissance de leur fille Elisabeth. — M. le Dr et Madame Bondoux font part de la naissance de leur fils Jacques.

Faculté de médecine de Paris

Institut d'hygiène. — Liste des élèves ayant obtenu le diplôme de l'Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris (session 1936).

MM. Ali Mustafa, Azma, Basset, Beer, Brugère, Caula, Cazanove, Chanteux, Corre, Crépin, Crosnier, Mmes Danzig, Darnaud-Cristofini, MM. Delavelle, Duguay, Durignieux, Mme Durrande, M. El Gammal, Mme Fabre, MM. Faget, François Dainville, Fontaine, Fulconis, Mmes Gares, Gautherot, MM. Gavot, Gazet du Chatelier, Gérard, Girard, Grand, Granet, Hinard, Horavi, Mme Jorger, M. Latifi, Mmes Latron, Le Baccon, Lévy, MM. Matruchot, Mazaher, Madjallal, Pacs, Pellier, Petit, Persoz, Peycelon, Philippeau, Raine, Regula, Reynier, Ricart, Rossignol, Trieu, Weil, Wiehm.

Examen de médecin sanitaire maritime. — Liste des candidats reçus à l'examen de médecin sanitaire maritime (session de Paris, 22 juin 1936) :

MM Armand-Delile, Auger (Raymond), Baumelou (Jean), Blain (Noël), Brugère (Emile), Caula (Adolphe), Cazanove (Paul), Charbonnier (Roger), Chanteux (Jacques), Corre (Pierre), Crépin (Jean), Crosnier (Roger), Delphaut (Jean), Devaux (Henri), Ducamp (Pierre), Duguay (Maurice), Faget (Armand), Fontaine (André), François-Dainville (Edouard), Fulconis (André), Gérard (Pierre), Girard (Raymond), Girod (Fernand), Guinard (Urbain), Hubert (Lucien), Joly (Max), Jousset (Emile), Landolt (Jacques), Langlade (Paul), Lantz (Louis), Legoux (Raymond), Loublie (Georges), Maillefer (Jean), Maroger (Marc), Mauclaire (Jean), Mestier du Bourg (Robert de), Monnier (Albert), Nouaille (Paul), Orengo (Henri), Pelce (Robert), Peretti (Augustin), Petit (Louis), Peycelon (Aristide), Pillet (Marie-Joseph), Raine (Henri), Sautet (Jacques), Sternc (Jean), Thoret (Félix), Wiehm (Paul).

Vacances 1936 — *Bibliothèque.* — A partir du 13 juillet les séances du soir seront suspendues et reprises à partir du 1er octobre.

Du 16 juillet au 31 juillet la bibliothèque sera ouverte tous les jours de 14 à 18 heures. Elle sera fermée à partir du 1er août.

A partir du 1er septembre, elle sera réouverte jusqu'au 14 septembre les mardis, jeudis et samedis de 14 à 17 heures et du 15 au 30 septembre les mardis, mercredis, jeudis et vendredis de 14 à 18 heures.

Le service normal quotidien reprendra à partir du 1er octobre.

Secrétariat. — Pendant la durée des vacances, le secrétariat sera ouvert tous les jours (de midi à 15 heures).

Le service normal (de 9 à 11 heures et de midi à 15 heures) reprendra à partir du 1er octobre.

Ecole de médecine d'Angers

A la suite du concours ouvert devant la Faculté de pharmacie de Paris, le 8 juin 1936, M. Normant (Henri), professeur agrégé de l'Université, a été nommé, pour une période de 9 ans, professeur suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers.

École de médecine de Tours

M. Chevé, chargé de la chaire de médecine légale et de médecine sociale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie, a été nommé professeur titulaire.

M. Aron, suppléant de physiologie, a été nommé professeur de physiologie.

Hôpitaux de Tours

M. Lieffring, professeur suppléant d'anatomie à l'Ecole, ancien interne des hôpitaux de Paris, a été nommé, après concours, chirurgien adjoint de l'hôpital.

Légion d'honneur

Sont promus :

Au grade d'officier : M. G.-L. Regard, de Genève; MM. les Drs Donius, de Tunisie; Delater, de Paris; Cathala, de Paris; Pellissier, 19e corps d'armée; Barboni, 10e corps d'armée; Laffont, 17e région, à Toulouse; Guillois, de Bourges; Cros, de Tunisie; Sarrat, de Tarbes; Rolland, à Chartres; Monloup,

de Périgueux; Wateau, de Compiègne; Martinaud, de Bordeaux; Bertaux, 129e régiment d'infanterie, Le Hâvre: Faur, de Mulhouse; Menon, de Limoges; Vermelin, de Nancy; Freydier, 28e régiment tirailleurs tunisiens, à Sathonay; Langlois, de Vichy; Liebert, de Vannes.

Sont nommés :

Au grade de chevalier : MM. les Drs Berge, 14e région, à Lyon; Geay, 19e corps; Galaup, de Tunisie; Bouhet, du Sud-Tunisien; Boyrie, du Maroc; Ssyer, de Marseille; Bouana, de Belfort; Ayme, de Stenay; M. le Dr Charrin, médecin chef honoraire de l'hôpital de Valence.

Service médical à Limoges

Un concours sur titres aura lieu, en juillet 1936, à une date non encore exactement fixée, au ministère des P. T. T. à Paris, en vue de la nomination d'un médecin consultant au Comité médical régional de Limoges.

Les candidats à cette fonction devront être de nationalité française, avoir satisfait à la loi militaire, être agés de 30 ans au moins et de 40 ans au plus, ne pas être attachés à une clinique d'accidents du travail, faire de la médecine générale et avoir leur domicile dans la circonscription médicale envisagée.

L'Administration recherche particulièrement des anciens internes des hôpitaux nommés au concours.

Les demandes devront être adressées ou remises au directeur régional des P. T. T. à Limoges avant le 20 juillet. Elles devront faire mention de la date de naissance du candidat, de ses titres universitaires et hospitaliers, ainsi que de ses principaux travaux et publications scientifiques.

Bureau municipal d'hygiène de Strasbourg

La vacance du poste de directeur du bureau municipal d'hygiène de Strasbourg est déclarée ouverte.

Les candidats à ce poste ont un délai de vingt jours, à compter du 28 juin 1936, pour adresser au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 1er bureau) leur demande accompagnée de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures.

La connaissance de deux langues (français et allemand) est obligatoire.

La limite d'âge minimum pour l'accession à cet emploi est fixée à trente-cinq ans.

Le traitement minimum est fixé à 45.000 francs et peut atteindre 75.000 francs.

Le directeur du bureau d'hygiène n'est pas autorisé à faire de la clientèle.

Asiles publics d'aliénés

M. le Dr Duchêne, médecin chef de l'asile de Lorquin (Moselle), est nommé médecin chef de service à l'établissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais (Loiret), en remplacement de M. le Dr Menuau.

Mme le Dr Masson, médecin directeur à l'asile de Saint-Alban (Lozère), est nommée médecin chef de service à l'asile de Naugeat (Haute-Vienne), en remplacement de M. le Dr Noyer.

Sanatoriums publics

Liste d'aptitude aux fonctions de médeein adjoint des sanatoriums publics. — Conformément aux dispositions des décrets des 10 août 1920 et 21 novembre 1935, sont inscrits les candidats ci-après (par ordre alphabétique) :

M. le Dr Chadourne; M. le Dr Corre; M. le Dr Dussert; Mlle le Dr Fournier; M. le Dr Lansac-Fatte; Mlle le Dr Renie; M. le D^r Le Rochais; Mme le Dr Rougier-Marmet; M. le Dr Temple.

Ces inscriptions sont valables pour le deuxième semestre.

M. le Dr Collet, médecin-directeur au sanatorium de Bellegarde, à Châteauneuf-la-Forêt (Haute-Vienne), a été nommé, sur sa demande, médecin-directeur du sanatorium interdépartemental de Cluzeau (Haute-Vienne).

M. le Dr Depoire, médecin adjoint au sanatorium d'Helfaut (Pas-de-Calais), a été affecté au sanatorium de Bellegarde à Châteauneuf-la-Forêt (Haute-Vienne).

M. le Dr Lasserre a été nommé médecin adjoint au sanatorium d'Helfaut (Pas-de-Calais).

Caisse nationale de la recherche scientifique

Sont nommés membres du Conseil d'administration de la Caisse nationale de la recherche scientifique : M. Achard, membre de l'Académie des sciences, secrétaire général de l'Académie de médecine;

M. Portmann, sénateur, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Bordeaux.

Tarif pharmaceutique national

Le *Journal officiel* du 7 juillet contient des additions et modifications apportées au tarif pharmaceutique national.

Les médecins auront-ils le droit d'exercer après 65 ans?

Nos lecteurs sont au courant du projet de loi Pomaret. Le projet signé par M. Pomaret et par 24 autres députés, dont les plus connus sont MM. Brandon, Eugène Frot, De Monzie et Raymond



DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Patenôtre, interdirait aux membres des professions libérales l'utilisation de leur diplôme au delà de 65 ans; de ce fait, tout médecin, du moment où il aurait atteint 65 ans, se verrait retiré le droit d'exercer la médecine.

Nous publions, à propos de ce projet de loi, 2 communiqués que l'on nous a démandé d'insérer.

On nous communique :

L'Association corporative des internes en exercice, l'Association professionnelle des externes, l'Association des étudiants en médecine de Paris, ont étudié la proposition de loi n° 151 dont l'article 3 limite l'âge dans les carrières privées :

« Nul ne peut exercer à titre gratuit ou à titre onéreux, à partir de l'âge de 65, les professions d'avocat, officier ministériel, docteur en médecine, vétérinaire et docteur vétérinaire, chirurgien-dentiste, pharmacien, sage-femme, architecte, géomètre, ingénieur, comptable, banquier, chef salarié ou chef de service salarié dans une entreprise industrielle et commerciale, administrateur de société.

« Cette interdiction ne prendra effet qu'à partir du 1er janvier 1939, afin de permettre aux groupements professionnels, en collaboration avec le ministre du Travail et de l'Education nationale, de réaliser la mise en vigueur d'un régime approprié de retraites auquel l'Etat ne pourra d'ailleurs apporter aucune contribution financière ».

En ce qui les concerne, ces associations s'étonnent qu'une proposition de loi visant « un placement immédiat et régulier de la jeunesse française » n'ait été l'objet d'aucun contrat antérieur avec elles, qui représentent les futurs médecins. Elles s'élèvent énergiquement contre un tel préjugé qui porte une atteinte arbitraire au libre exercice d'une profession libérale.

Et se proposent d'intervenir très prochainement dans ce sens auprès des Pouvoirs publics.

Le président de l'Association des internes en exercice: Raoul Perot; le président de l'Association professionnelle des externes; Paul Vivien; le président de l'Association des étudiants en médecine de Paris : Pierre Malet.

* * *

Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris n'a cessé de dénoncer sous l'ancienne législature la proposition de loi Pomaret dont un des buts est d'interdire aux membres des professions libérales l'utilisation de leur diplôme au delà de 65 ans. La nouvelle chambre a été saisie à nouveau le 5 juin dernier d'une nouvelle proposition de loi Pomaret plus corsée que la précédente. Elle touche en effet tous les fonctionnaires, toutes les carrières intellectuelles, commerciales, industrielles, et juridiques et la médecine en particulier.

A 65 ans tous les médecins sans exception seront chassés de leur cabinet.

Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine proteste avec la dernière énergie contre un tel projet satanique qui n'a jamais été soumis aux syndicats médicaux.

L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris fait un appel à toutes les catégories d'intellectuels, et en particulier aux membres du Barreau et du corps pharmaceutique, et leur demande de s'associer aux Syndicats médicaux et à la Confédération des Syndicats médicaux français pour entreprendre d'extrême urgence une campagne, en vue d'obtenir le retrait de la proposition Pomaret.

Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris constate avec amertume que les hommes politiques ne figurent pas dans les exclusives fixées par la proposition de loi en question.

Les Laboratoires Jacques Logeais ont pendu la crémaillère

Les Laboratoires Jacques Logeais qui se sont transportés récemment de Boulogne-sur-Seine à Issy-les-Moulineaux ont eu l'amabilité d'inviter leurs amis à une réception pour pendre la crémaillère le vendredi 3 juillet.

Cette fête amicale devait avoir lieu le 3 juin, mais en raison des circonstances elle avait été remise.

Cette réunion fut tout a fait réussie et fort cordiale, tous les nombreux amis des Laboratoires Jacques Logeais s'y trouvaient réunis.

Le Gérant : J.-B. BAILLIÈRE

Imp. N. Trécult, 8, rue Danton. Paris

DERNIÈRES NOUVELLES

Médecins présents à Paris pendant les vacances

Paris Médical, publiera pendant les mois de vacances, les noms, adresses et spécialités de nos confrères restant à Paris.

Prière de nous faire connaître dès maintenant ces renseignements.

Dermato-vénéréologie. — M. le Dr Galliot, 74, rue de Rome, absent pendant le mois de juillet, reprendra ses consultations le 3 août, et sera présent à Paris en août et septembre. — M. le Dr Belgodère, médecin adjoint de Saint-Lazare, 69, rue Rochechouart, ne s'absente pas de Paris; il sera donc présent en juillet, août et septembre.

Dermatologie et syphiligraphie. — M. le Dr Lefèvre (Paul), 23, avenue Victor-Hugo, sera à Paris jusqu'au 14 août.

Médecine générale. — M. le Dr Maurice Bariéty, 77, rue Monceau, est présent à Paris à partir du 15 juillet. — M. le Dr Babonneix, médecin de l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher), 50, avenue de Saxe, sera absent de fin juillet au 1er octobre. — M. le Pr Lemierre, 3, rue Rabelais, sera présent à partir du 1er septembre. — M. le Dr Julien Huber, médecin des hôpitaux, 36, rue du Colisée, sera présent en juillet et août. — M. le Dr Ribadeau-Dumas, médecin de la Salpêtrière (crèche), 23, rue François-Ier, sera absent du 1er août au 15 septembre.

Médecine générale. - Enfants. — M. le Dr Jacques Odinet, 4, rue de la Renaissance (8e), est présent à Paris du 15 juillet au 10 septembre. — M. le Dr Maurice Kaplan, 12, rue César-Franck (15e), sera présent à Paris en août et septembre.

Médecine générale. - Maladies du foie. — M. Albeaux-Fernet, 85, avenue Henri-Martin (16e), sera présent à Paris à partir du 1er août.

Médecine générale. - Neurologie. — M. le Dr Jean Lereboullet, 51, avenue de Breteuil (7e) sera présent à Paris en août et septembre.

Médecine générale. - Maladies des voies digestives. — M. le Dr René Gaultier, 40, rue de la Bienfaisance, sera présent à Paris jusqu'au 4 août.

Phtisiologie. — Mme le Dr Marcelle Blanchy, 36, rue Vaneau (7e), sera présente à Paris à partir du 24 juillet.

Chirurgie. — M. le Dr P.-A. Digeon, 1, place Victor-Hugo (16e), absent du 12 juillet au 1er août, sera présent à Paris en août et en septembre. — M. le Dr Talheimer, 24 avenue Recteur Poincaré, sera à Paris pendant toutes les vacances.

Nécrologie

Le Dr André Dumont (de Louvain), trésorier de la Fédération médicale belge. — M. Léonce Coldebœuf, beau-père de M. le Dr C. Duverger. — Le Dr Edouard Ortscheit (de Neuves-Maisons). — M. le Dr Joseph Arqué et M. le Dr Andrieux font part de la mort de la Révérente Mère Marie de Sainte-Emilie, née Marthe Arqué.

Mariages

M. François Dolbeau, fils du Dr Pierre Dolbeau, décédé, et Mlle J. Kuiper. — Mlle Suzanne Deglos, fille de M. le Dr Edmond Deglos, médecin de l'hôpital Saint-Joseph, et M. André Raudin. — M. le Dr Armand de Tayrac (de Faches-Thumesnil) et Mlle Renée Chavanat. — Mlle Geneviève Labey, fille de M. le Dr Georges Labey, chirurgien des hôpi-

taux, membre de l'Académie de chirurgie, officier de la Légion d'honneur, et M. Jacques Thibaudet.

Fiançailles

Mlle Geneviève Ledoux, fille de M. le Dr Siméon Ledoux, et M. Maurice Warin.

Naissances

M. le D^r et Madame José Cherfils font part de la naissance de leur fille Ghislaine. — M. le D^r et Madame Adrien de Grandidier font part de la naissance de leur fils Bertrand, petit-fils de M. le Dr Bertrand de Gorsse (de Luchon). — M. le D^r et Madame Bardery font part de la naissance de leur fille Marie-Claire — M. le D^r et Madame R. Bargues font part de la naissance de leur fille Marie-Lise. — M. le D^r et Madame Guran font part de la naissance de leur fille Marie-Hélène. — M. le D^r et Madame Jean Sigwald font part de la naissance de leur fils Philippe. — M. le D^r et Madame Marcel Mayrargue font part de la naissance de leur fille Michèle.

Faculté de médecine de Paris

Concours pour le clinicat. — Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, à 9 heures du matin, pour les clinicats suivants :

Le jeudi 22 octobre. — Clinicat obstétrical, titulaires avec indemnité, 1; sans indemnité, 3; adjoint, 1. - Clinicat gynécologique, titulaire avec indemnité, 1.

Le samedi 24 octobre. — Clinicat oto-rhino-laryngologique, titulaires sans indemnité, 2. - Clinicat chirurgical et orthopédique de l'adulte, titulaire sans indemnité, 1.

Conditions du concours. — Les candidats devront ss faire inscrire au secrétariat de la Faculté, tous les jours, de 14 à 16 heures, jusqu'au vendredi 16 octobre inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : tous les docteurs de nationalité française. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine.

Principales dates à retenir pour l'année scolaire 1936-1937. — 1er et 2 octobre 1936 : Consignations pour les examens session octobre-novembre.

13 octobre 1936 : Ouverture de la session d'examens d'octobre-novembre.

Du 8 au 24 octobre 1936 : Inscriptions des 1er et 2e trimestres.

Le mardi 3 novembre : Reprise des cours, travaux pratiques et stages hospitaliers.

Du 4 au 16 janvier 1937 : Consignations pour les examens de la session ordinaire 1936-1937.

Du 5 au 21 avril 1937 : Inscriptions du 3e trimestre.

Du 5 au 21 juillet 1937 : Inscriptions du 4e trimestre.

Institut de médecine coloniale. — L'Institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales. La session de 1936 commencera le 1er octobre et sera terminée en décembre.

Diplôme. — A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen en vue du diplôme de : « Médecin colonial de l'Université de Paris ».

Dispositions générales. — Seront admis à suivre les cours de l'Institut de médecine coloniale : 1° les docteurs en médecine français; 2° les étrangers pourvus du diplôme de doctorat universitaire français, mention : médecine; 3° les docteurs étrangers, pourvus d'un diplôme médical étranger admis par la Faculté de Paris; 4° les étudiants en médecine des Facultés françaises pourvus de seize inscriptions sans distinction de nationalité; 5° les internes en médecine des hôpitaux, à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité. Les dames sont admises, si elles se trouvent dans l'une ou l'autre des conditions ci-dessus.

Droits à verser. — Un droit d'immatriculation, 150 francs; un droit de bibliothèque, 60 francs, Droits de laboratoires (pathologie expérimentale, parasitologie, bactériologie, clinique, etc.), 750 francs. Deux examens gratuits.

Conditions d'admission. — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), à partir du 25 septembre, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance, devront être produits au moment de l'inscription. Les élèves ne seront admis à suivre les cours théoriques et les exercices pratiques qu'après remise de la quittance des droits au secrétariat général (laboratoire de parasitologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Faculté de médecine d'Alger

Par décret en date du 7 juillet 1936, la chaire de microbiologie et cryptogamie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger est transformée en chaire de bactériologie (titulaire : M. Pinoy).

Ecole de médecine et de pharmacie de Tours

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de physiologie à l'Ecole de plein exercice de

médecine et de pharmacie de Tours s'ouvrira, le lundi 18 janvier 1937, devant la Faculté de médecine de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

Légion d'honneur

Sont promus :

Au grade de commandeur : M. le médecin général Frontgous, inspecteur mobile de l'hygiène en Afrique occidentale française; M. le médecin général Malaspina, directeur du service de santé de la 3e région; M. le médecin colonel Bailly, président de commission de réforme de la Seine.

Au grade d'officier : M le Dr Albert Laquerrière, médecin électro-radiologiste des hôpitaux de Paris, professeur à l'Université de Montréal.

Inspection de l'Assistance publique

M. le Dr Assoignon, inspecteur de l'assistance publique de l'Allier, est affecté, sur sa demande, au département des Pyrénées-Orientales, en remplacement de M. Ribes, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le Dr Le Bail, sous inspecteur de l'assistance publique des Bouches-du-Rhône, est nommé inspecteur et affecté au département des Hautes-Alpes, en remplacement de M. Cristiani.

Ecoles nationales vétérinaires

M. Florio, docteur vétérinaire, a été nommé chef de travaux attaché au 7e enseignement (médecine), à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, à compter du 1er juillet 1936

M. Brion, chef de travaux agrégé attaché au 7e enseignement (médecine) à l'Ecole vétérinaire de Lyon, est nommé professeur agrégé du même enseignement à la même Ecole, à compter du 1er juillet 1936.

Ministère de la Marine

Cabinet du sous-secrétariat. — M. Martin Le Cann, médecin principal de la marine, est chargé de mission au cabinet du sous-secrétariat d'Etat à la marine de guerre.

La Société française de gynécologie en Italie

Répondant à l'invitation de la Société italienne de gynécologie, la Société française de gynécologie se rendra en octobre prochain à Milan pour assister au Congrès italien de gynécologie. A cet occasion un voyage est organisé au cours duquel Turin, Milan et Venise seront visitées. Concentration à Modane le 10 octobre, retour le 15. Le prix de ce voyage est très réduit.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le Dr Maurice Fabre, secrétaire général de la Société française de gynécologie, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (9e).

Contre la proposition de loi Pomaret

Les contre-propositions de l'Association corporative des Etudiants en médecine de Paris — Le Comité de l'Association corporative des Etudiants en médecine de Paris, seule association d'étudiants en médecine de Paris, reconnue d'utilité publique, s'est réunie à nouveau le 7 juillet 1936, pour étudier les conditions faites aux médecins dans la proposition de loi Pomaret.

Il constate que le but principal de cette loi est le placement de la jeunesse intellectuelle, mais il estime que certains de ces articles sont inopérants et très dangereux, surtout en ce qui concerne la limite d'âge à 65 ans, à imposer pour l'exercice de toute profession libérale. Il est en effet inadmissible que l'on prive les malades des soins éclairés que peuvent leur apporter des praticiens ayant dépassé 65 ans, alors que ceux-ci ont acquis une si riche expérience de leur profession.

Si l'on veut au contraire, trouver des débouchés à la jeunesse médicale française, il faut d'urgence limiter très sévèrement l'accession des médecins et étudiants en médecine étrangers à la naturalisation française.

A ce propos, le Comité de l'Association corporative, demande que soient seulement naturalisés :

1° Les étudiants en médecine étrangers :

a) Qui sont titulaires : du baccalauréat français; du diplôme P. C. B.; d'inscriptions en vue du doctorat en médecine d'Etat.

b) Qui ont moins de 30 ans, pour permettre à ces étudiants de faire dans l'armée active leur stage obligatoire d'élève officier de réserve du service de santé militaire, cela dans les mêmes conditions que les étudiants français autochtones; ainsi sera réalisée l'égalité totale des droits et des devoirs.

2° Les docteurs en médecine d'Etat, à la condition expresse qu'ils puissent également faire leur service dans l'armée active.

En outre, le Comité de l'Association corporative, émet le vœu que :

a) La répression de l'exercice illégal de la médecine soit soumis à des peines exemplaires.

b) Les charlatans et les médecins marrons soient poursuivis impitoyablement, car le nombre des malades crédules exploités par eux est incalculable.

Pour conclure, le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine proclame avant tout que l'Etat a passé un contrat à vie avec le docteur en médecine, le jour où il lui a délivré son

DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

diplôme, et qu'il n'a nullement le droit de rompre unilatéralement ce contrat.

Par contre le fonctionnaire ne peut être assimilé aux membres d'une profession libérale, car lorsque celui-ci rentre dans la carrière, l'Etat ne passe avec lui qu'un contrat limité dans le temps.

Bourses familiales du Corps médical (Fondation de M. le Dr Roussel).

Le jury chargé de répartir les bourses de 10 000 francs mises à la disposition de l'Association générale des médecins de France par le Dr Roussel, en faveur des médecins et veuves de médecins chargés de famille, s'est réuni le 25 juin et a examiné 47 demandes.

Parmi les bénéficiaires de ces bourses, un confrère père de 15 enfants, âgé de 64 ans, fait encore ses visites à bicyclette; un autre, malade, vient de perdre sa femme de tuberculose pulmonaire et, sur 5 enfants, quatre sont à surveiller. Les veuves ont à leur charge de 4 à 9 enfants. L'une, âgée de 32 ans, a perdu récemment son mari, attendant son quatrième bébé et restant sans aucune ressource et des dettes à rembourser; une autre, pour élever ses 8 enfants dont l'aîné à 19 ans, n'a que 9.300 francs de revenus.

Il y a lieu de souligner le geste généreux de M. le Dr Roussel qui, cette année, a mis à la disposition du jury une bourse supplémentaire.

Le jury d'attribution était composé de Madame Jayle, vice-présidente de la Société des femmes et enfants de médecins; M. le Dr Roussel, fondateur; M. Richard, chef du Bureau de la natalité au ministère de la Santé publique; MM. les Drs Chapon, Claisse, Darras, Lutaud, Bongrand, Foveau de Courmelles, de l'Association générale des médecins de France; M. le Dr Cibrie, représentant la Confédération des Syndicats médicaux.

XXIIIe Congrès d'hygiène

Ce Congrès, organisé par la Société de médecine publique et de génie sanitaire. s'ouvrira sous la présidence effective de M. le ministre de la Santé publique; il tiendra séances les lundi 19, mardi 20, mercredi 21 et jeudi 22 octobre 1936, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. le Pr P. Leclainche, membre de l'Institut, directeur de l'Office international des épizooties, président de la Société pour 1936.

Rapports. — I. Epidémiologie : Organisation, dans le cadre national et dans le cadre international, d'un service d'épidémiologie; en médecine humaine; en médecine vétérinaire. — II. Les vaccinations associées: Les associations d'antigènes; Vaccinations associées en médecine humaine; Vaccinations associées en médecine vétérinaire. — III. Enseignement de l'hygiène en médecine vétérinaire : Enseignement de l'hygiène dans les écoles vétérinaires; Services que les enquêtes vétérinaires peuvent rendre à la santé publique.

Conférences. — Les ultras-virus, par M. le Pr Levaditi. — Données actuelles sur la désinfection. — Protection des populations civiles contre les gaz de combat.

D'autre part, le mercredi 21 octobre, à 9 heures, au grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, la Société de météréologie médicale tiendra séance sous la présidence de M. le Pr Mouriquand, professeur de clinique infantile à la Facultéde médecine de Lyon, président de la Société pour 1936.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le secrétaire général de la Société, M. Dujarric de la Rivière, à l'Institut Pasteur, 28, rue du Docteur-Roux, Paris (15e).

Congrès international de thérapeutique

Sous les auspices de l'Union thérapeutique (Association internationale) un Congrès international de thérapeutique aura lieu à Berne du 19 au 21 mai 1937, sous la présidence de M. le Pr Emile Burgi.

Les inscriptions au Congrès sont reçues par M. Gordonoff, Humboldstrasse 53, à Berne, qui fournira les renseignements utiles.

Le Gérant : J.-B. BAILLIÈRE

Imp. N. Trécult. 8, rue Danton. Paris

DERNIÈRES NOUVELLES

Médecins présents à Paris pendant les vacances

Paris Médical, publiera pendant les mois de vacances, les noms, adresses et spécialités de nos confrères restant à Paris.

Prière de nous faire connaître dès maintenant ces renseignements.

Dermato-vénéréologie. — M. le Dr Galliot, 74, rue de Rome, absent pendant le mois de juillet, reprendra ses consultations le 3 août, et sera présent à Paris en août et septembre. — M. le Dr Belgodère, médecin adjoint de Saint-Lazare, 69, rue Rochechouart, ne s'absente pas de Paris; il sera donc présent en juillet, août et septembre.

Dermatologie et syphiligraphie. — M. le Dr Lefèvre (Paul), 23, avenue Victor-Hugo, sera à Paris jusqu'au 14 août.

Médecine générale. — M. le Dr Maurice Bariéty, 77, rue Monceau, est présent à Paris à partir du 15 juillet. — M. le Dr Babonneix, médecin de l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher), 50, avenue de Saxe, sera absent de fin juillet au 1er octobre. — M. le Pr Lemierre, 3, rue Rabelais, sera présent à partir du 1er septembre. — M. le Dr Julien Huber, médecin des hôpitaux, 36, rue du Colisée, sera présent en juillet et août. — M. le Dr Ribadeau-Dumas, médecin de la Salpêtrière (crèche), 23, rue François-Ier, sera absent du 1er août au 15 septembre. — M. le Dr Marcel Perrault, 12, rue des Beaux-Arts (6e), est présent à Paris durant toutes les vacances. — M. le Pr Laignel-Lavastine, 12 bis, place de Laborde (8e), sera présent du 29 juillet au 10 août.

Médecine générale. - Enfants. — M. le Dr Jacques Odinet, 4, rue de la Renaissance (8e), est présent à Paris du 15 juillet au 10 septembre. — M. le Dr Maurice Kaplan, 12, rue César-Franck (15e), sera présent à Paris en août et septembre.

Médecine générale. - Maladies du foie. — M. Albeaux-Fernet, 85, avenue Henri-Martin (16e), sera présent à Paris à partir du 1er août.

Médecine générale. - Neurologie. — M. le Dr Jean Lereboullet, 51, avenue de Breteuil (7e) sera présent à Paris en août et septembre.

Médecine générale. - Maladies des voies digestives. — M. le Dr René Gaultier, 40, rue de la Bienfaisance, sera présent à Paris jusqu'au 4 août.

Phtisiologie. — Mme le Dr Marcelle Blanchy, 36, rue Vaneau (7e), sera présente à Paris à partir du 24 juillet.

Chirurgie. — M. le Dr P.-A. Digeon, 1, place Victor-Hugo (16e), absent du 12 juillet au 1er août, sera présent à Paris en août et en septembre. — M. le Dr Talheimer, 24 avenue Recteur Poincaré, sera à Paris pendant toutes les vacances.

Ophtalmologie. — M. le Dr Paul J. Petit, 19, rue de Bourgogne (7e), est présent pendant les mois de juillet et août.

Oto-rhino-laryngologie. — M. le Dr Marcel Wisner, assistant d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, 64, rue de Miromesnil, sera présent en août et en septembre. — M. le Dr Jean Leroux-Robert, 145, rue de la Pompe (16e), présent en juillet et à partir du 1er septembre. — M. le Dr Jean Guisez, 15, rue Chanaleilles (7e), sera présent à Paris du 25 juillet au 10 août.

Electroradiologie. — M. le Dr René Delapchier, 90, rue de Rennes, est présent en juillet et en août et absent du 1er au 30 septembre.

Nécrologie

Madame Maurice de Fleury, veuve du Dr Maurice de Fleury. — Le Dr Charles Dorzée (de Mont-sur-Marchienne, Belgique). — Le Dr Louis Willems (de Liége), père de M. le Dr Edmond Willems. — Le Dr Gaspard Bordet, médecin consultant à Evian, décédé à l'âge de 79 ans. — Le Dr Amat (d'Amélie-les-Bains). — Le médecin général Ferraton, professeur agrégé du Val-de-Grâce, ancien directeur du service de santé de la première armée. — Le Dr Albert Brion (de Strasbourg). — Le Dr Brugirard (de Mont-Saint-Léger, Haute-Savoie). — Le Dr Henri Castets (de Bordeaux). — Le Dr Pierre Frémont (de Bacque-Ville-en-Caux). — Le Dr Félix Luccioni (de Bordeaux). — Le Dr Meiffret (de Saint-Tropez). — Le Dr Fernand Rivière (de Bordeaux). — Le Dr Paul Sanerot (de Mâcon). — Le Dr Moïse Scemama de Gialluly (de Montpellier). — Le Dr Paul Bourcet, ex-chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris, décédé à l'âge de 62 ans. — M. le médecin commandant Emile Plenquet, stagiaire à l'Ecole supérieure de guerre, décédé à Marseille. — Le Dr Charrier, conseiller général de la Charente-Inférieure. — Le Dr Paul Picot (de Lyon).

Mariages

M. Jocelyn Crouzet, fils du Dr Crouzet, décédé, et Mlle Nora Shortt. — M. Michel Boutin, fils de M. Georges Boutin, chevalier de la Légion d'honneur, et de Madame, et petit-fils de M. Henri Rogier, docteur en pharmacie, officier de la Légion d'honneur, et Mlle Suzanne Lapébie. Nos sinères félicitations et tous nos vœux de bonheur. — M. Jacques Boudouresque, interne des hôpitaux de Marseille, fils de M. le Dr Boudouresque (de Saint-Bauzille-du-Putois), et Mlle Marie Lauze.

Fiançailles

M. Bernard Ménétrel, chef de clinique à la Faculté, fils du Dr Louis Ménétrel, commandeur de la Légion d'honneur, décédé, et Mlle Aline Montcocol: — M. le Dr Roger Feldstein et Mlle Jacqueline Bernheim. — M. le Pr agrégé Marcel Janbon et Mlle Rose Arcangel. — Mlle Madeleine Jarosson, belle-fille de M. le Dr André Martingay, et M. Xavier Leinekugel Le Cocq.

Naissances

M. le Dr et Madame Michel Bayart font part de la naissance de leur fille Michelle. —M. Jean Roux, interne des hôpitaux de Marseille, et Madame, font part de la naissance de leur fille Chantal. — M. le Dr et Madame G. Béal font part de la naissance de leur fils Henri.

Hôpitaux de Paris

Service central d'électro-radiologie (hôpital de la Pitié). — Des places d'attachés libres sont réservées aux docteurs en médecine français ou étrangers qui désireraient se perfectionner en électro-radiologie.

Une place de secrétaire bénévole est également vacante.

Pour renseignements, s'adresser au Dr Delherm, chef du service, 83, boulevard de l'Hôpital, Paris.

Faculté de médecine de Paris

Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine (professeur, M. Maurice Loeper; assistant, M. André Lemaire, agrégé) — COURS DE VACANCES 1936. — Un cours complémentaire de clinique médicale a lieu du 23 juillet au 15 octobre les mardis, jeudis, samedis à 11 heures à l'amphithéâtre Hayem, avec le concours de MM. Boulin et Turpin, agrégés; Bariéty, Mollaret, Boltanski, Debray, Decourt, Degos, Garcin, de Sèze, Soulié, médecins des hôpitaux; Chene, Merklen, Michaux, Ollivier, Perrault, chefs de clinique et anciens chefs de clinique de la Faculté.

Des conférences pratiques de séméiologie et de diagnostic seront faites les lundis, mercredis et vendredis à 9 heures 30 par Mlle Riom, MM. Perrault, Gilbrin et Loisel, chefs de clinique de la Faculté et par MM. Duchon et Lesure, chefs de laboratoire.

Faculté de médecine de Nancy

Sont chargés pour l'année scolaire 1936-37 des cours complémentaires ci-après dans les Facultés de l'Université de Nancy :

Médecine légale : M. Mutel, 1 heure annuelle.

Parasitologie systématique : M. Dombray, 1 heure annuelle.

Maladies mentales : M. Hamel, 1 heure.

Sont chargés pour l'année scolaire 1936-37 des fonctions ci-après dans les Facultés de l'Université de Nancy :

1° *Agrégés chargés d'enseignement* : Anatomie : M. Mutel. — Pathologie générale et médecine expérimentale : M. Drouet. — Pathologie externe : M. Guillemin. — Obstétrique : M. Vermelin. — Pathologie interne : M. Abel. — Physiologie du travail : M. Merklen.

2° *Agrégés chefs de travaux* : Chimie : M. Wolff. — Histologie : M. Florentin.

3° *Chefs de travaux* : Physique : M. Lamy. — Anatomie pathologique : M. Watrin. — Anatomie : M. Bleicher (délégué).

Hôpitaux de Bordeaux

M. le Dr Pierre Laumonier a été nommé, après concours, chirurgien adjoint des hôpitaux.

Hôpitaux de Nîmes

Concours d'internat. — Un concours pour six places d'internes en médecine et en chirurgie aura lieu le 4 décembre 1936, au Centre médical de Nîmes.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 30 novembre 1936.

Le nombre des places pourra être modifié au moment de l'ouverture du concours, suivant les besoins du service.

Légion d'honneur

Sont promus :

Au grade de commandeur : M. le Pr Couvelaire, professeur à la Faculté de médecine; M. le Dr Granchamp, médecin-chef des postes, télégraphes et téléphones.

Au grade d'officier : M. le Dr Sénéchal, chirurgien à la Maison de Nanterre; M le Dr Weiller, de Paris

Sont nommés :

Au grade de chevalier : M. le Dr Santelli, chirurgien de l'hôpital Sainte-Marie, à Shangaï; M. le Dr Boisson, de Suresnes; M. le Dr Cahen, chef des services médicaux de la Caisse interdépartementale des assurances sociales de la Seine; M. le Dr Lavergne, de Paris; M. le Pr Oberling, de la Faculté de médecine; M. le Dr De Mets (d'Anvers); M. le Dr Bramard, chirurgien des enfants assisiés à Luzy (Nièvre); M. le Dr Calazel, médecin chef du dispensaire départemental polyvalent d'hygiène sociale de Foix; M. le Dr Chéry, ophtalmologiste à Nancy; M. le Dr Davrinche, directeur du sanatorium de Franeonville; M. le D' Greiner, maire de Ribeauvillé; M. le Dr Lacassagne, médecin du service sanitaire de Lyon; M. Fructus, phermacien à Avignon; M. Jacquet, pharmacien à Limoges ; M. Lapheme, pharmacien à Nègrepelisse.

Officiers de l'Instruction publique

MM. Aboulker (d'Alger), Barbier (de Dijon), Bernasconi (d'Alger), Bernheim (de Lyon), Boulet (de Montpellier), Châtellier (de Toulouse), Cosse (de Tours), Dechaume (de Lyon), Delauney et Didiée (de Paris), Drouet (de Nancy), Dubecq (de Bordeaux), Dumolard (d'Alger), Dupas (de Lille), Eparvier (de Lyon), Faix (de Tours), de Fénis de Lacombe (d'Hanoï), Lagarenne (de Paris), Lamarque (de Montpellier), Lefebvre (de Toulouse), Leuret (de Bordeaux), Macquet (de Lille), Manceau (de Paris), Moggi (d'Alger), Morel (de Lille), Moureau (de Bordeaux), Piquet (de Lille), Sempé (de Toulouse), Terracol (de Montpellier), Vignoli (d'Aix), Wertheimer (de Lyon).

Officiers d'académie

MM. Justin-Besançon (de Paris), Carcassonne (d'Aix), Cibert (de Lyon), Créhange (de Nancy), Damodarin (de Pondichéry), Desjacques en Enselme (de Lyon), Fumeau de Poitiers), Giraud (de Paris).

Mérite maritime

Est nommé :

Au grade de chevalier : M. le Dr Thomas, médecin en chef de 2e classe de la marine.

Service de santé de la guerre

M. le médecin-colonel Canteret est nommé directeur du Service de santé de la 18e région; M. le médeein général Cazanove est nommé direeteur des services sanitaires de l'A. E. F.

Service de santé de la marine

M. le pharmacien-chimiste de 1re classe Damany a été nommé, après concours, professeur agrégé de chimie et des sciences physiques et naturelles.

Hôpitaux coloniaux

Les concours institués par le décret du 22 août 1928 pour l'obtention du titre de médecin des hôpitaux coloniaux, chirurgien des hôpitaux coloniaux, et de pharmacien chimiste du Service de santé colonial s'ouvriront le 28 septembre 1936 à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris.

Sont autorisés à se présenter à ce concours :

Les médecins et pharmaciens capitaines et les médecins et pharmaciens commandants présents en France ou en Algérie-Tunisie, et ayant accompli au moins quatre années de séjour aux colonies, en Chine, au Maroc ou au Levant.

Les médecins et pharmaciens des troupes coloniales qui désireraient prendre part à ces concours devront faire parvenir leur demande, par la voie hiérarchique, au ministère de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), avant le 15 août 1936 au plus tard, en indiquant la seetion (médecine, chirurgie, pharmacie).

Ministère du Travail

M. le Dr Renault, membre de l'Académie de médecine, a été nommé membre de la Commission supérieure des maladies professionnelles, en remplacement de M. le Dr Netter, décédé.

Réunion pédiatrique de l'Est

La réunion pédiatrique de l'Est tiendra une séance commune avec la Société belge de pédiatrie et la Société de pédiatrie de Genève, le dimanche 8 novembre 1936, à la Clinique infantile de Strasbourg, sous la présidence du Pr Caussade.

La question mise à l'ordre du jour est : « Le pronostic éloigné et le traitement de la tuberculose primo-secondaire de l'enfant ».

DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Sont envisagées les formes récentes de l'infection tuberculeuse de l'enfant, en particulier, le complexe primitif et la période secondaire, donc à l'exclusion des tuberculoses chirurgicales et cutanées (lupus) ainsi que la phtisie pulmonaire.

La discussion portera :

1° Sur les facteurs qui exerçent une influence sur l'évolution de la maladie pendant cette période.

2° Sur l'avenir éloigné de ces enfants.

3° Sur les mesures prophylactiques et thérapeutiques qui devont être recommandées dans ces cas.

La séance s'ouvrira par une courte mise au point de la question qui sera immédiatement suivie des communications. Chaque orateur est libre dans le choix de son sujet, pourvu qu'il reste dans le cadre des trois points sus mentionnés. La durée des communications ne devra pas dépasser quinze minutes.

On est prié d'annoncer la participation à la discussion avec l'indication du titre des communications au Dr Woringer, clinique infantile (hôpital civil, Strasbourg), avant le 1er octobre.

Les médecins pourront-ils exercer après 65 ans

Ordre du jour voté par le Conseil d'administration de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine dans sa séance du 9 juillet 1936 au sujet de la proposition de loi Pomaret. — Le Conseil d'administration de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, réuni le 9 juillet 1936, ayant pris connaissance de l'article 3 de la proposition de loi Pomaret portant interdiction aux travailleurs des professions libérales, y compris les médecins, d'exercer leur profession à partir de l'âge de 65 ans, sans aucune compensation de la part de l'Etat.

Considérant que l'obtention du diplôme de docteur en médecine, exigé à juste titre pour l'exercice de la profession médicale, a nécessité des sacrifices matériels considérables et des études secondaires et supérieures d'une durée moyenne de 15 années; que ce diplôme a été conféré par l'Etat pour une jouissance illimitée dans le temps et que l'atteinte portée à cette clause fondamentale constitue une violation unilatérale de l'engagement de fait établi entre l'Etat et le détenteur du diplôme; que cette interdiction du droit au travail revêt un caractère particulièrement inique en ce qu'il frappe une génération de médecins qui, pour le service du pays, a subi le dommage de plus de quatre années de guerre.

Considérant que l'accroissement continu de l'expérience du médecin est une condition essentielle de la valeur des services qu'il rend à la santé publique, aux malades qui continuent à se confier à lui, et à l'enseignement qu'il donne à la jeunesse médicale.

Considérant que si l'âge doit être estimé comme un obstacle prohibitif aux travaux intellectuels privés, il est inconcevable qu'aucune limite ne soit imposée aux hommes publics qui, en exerçant le pouvoir législatif et le pouvoir exécutif, tiennent en main les organes vitaux de la nation.

Considérant que la première mesure de nature à assurer le placement immédiat et régulier de la jeunesse française devrait être la restriction des naturalisations de medecins étrangers qu'aucun intérêt général ne justifie.

Proteste contre les mesures d'exécution proposées comme étant contraires à la raison, à la justice et à l'intérêt public.

Demande à la Confédération des Syndicats médicaux français de faire obstacle de tout son pouvoir à ces dispositions de la proposition de loi Pomaret.

Décide de se mettre en rapport avec les groupements parisiens des professions libérales intéressées en vue d'une action commune énergique.

A la mémoire de Jacquemaire-Clemenceau

Une plaque sera inaugurée le 28 juillet 1936, à 11 heures 30, rue Jacquemaire-Clémenceau, Paris (XVe), à la mémoire de notre regretté collègue Jacquemaire-Clémenceau, mort victime du devoir professionnel.

Le Gérant : J.-B. BAILLIÈRE

Imp. N. Trécult. 8, rue Danton. Paris

DERNIÈRES NOUVELLES

Médecins présents à Paris pendant les vacances

Paris Médical, publiera pendant les mois de vacances, les noms, adresses et spécialités de nos confrères restant à Paris.

Dermato-vénéréologie. — M. le Dr Galliot, 74, rue de Rome, absent pendant le mois de juillet, reprendra ses consultations le 3 août, et sera présent à Paris en août et septembre. — M. le Dr Belgodère, médecin adjoint de Saint-Lazare, 69, rue Rochechouart, ne s'absente pas de Paris; il sera donc présent en août et septembre.

Dermatologie et syphiligraphie. — M. le Dr Lefèvre (Paul), 23, avenue Victor-Hugo, sera à Paris jusqu'au 14 août.

Médecine générale. — M. le Dr Maurice Bariéty, 77, rue Monceau, est présent à Paris à partir du 15 juillet. — M. le Dr Babonneix, médecin de l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher), 50, avenue de Saxe, est absent de fin juillet au 1er octobre. — M. le Pr Lemierre, 3, rue Rabelais, sera présent à partir du 1er septembre. — M. le Dr Julien Huber, médecin des hôpitaux, 36, rue du Colisée, sera présent en août. — M. le Dr Ribadeau-Dumas, médecin de la Salpêtrière (crèche), 23, rue François-Ier, sera absent du 1er août au 15 septembre. — M. le Dr Marcel Perrault, 12, rue des Beaux-Arts (6e), est présent à Paris durant toutes les vacances. — M. le Pr Laignel-Lavastine, 12 bis, place de Laborde (8e), est présent du 29 juillet au 10 août. — M. le Dr Emile Gilbrin, ancien interne des hôpitaux, 38, rue Lacépède (5e), est présent à Paris pendant tout l'été.

Médecine générale. - Enfants. — M. le Dr Jacques Odinet, 4, rue de la Renaissance (8e), est présent à Paris du 15 juillet au 10 septembre. — M. le Dr Maurice Kaplan, 12, rue César-Franck (15e), est présent à Paris en août et septembre.

Médecine générale. - Maladies du foie. — M. Albeaux-Fernet, 85, avenue Henri-Martin (16e), est présent à Paris à partir du 1er août.

Médecine générale. - Neurologie. — M. le Dr Jean Lereboullet, 51, avenue de Breteuil (7e) est présent à Paris en août et septembre.

Médecine générale. - Maladies des voies digestives. — M. le Dr René Gaultier, 40, rue de la Bienfaisance, est présent à Paris jusqu'au 4 août.

Médecine générale. - Endocrinologie, nutrition. — M. le Dr Gilbert-Dreyfus, médecin des hôpitaux de Paris, 21, avenue du Président-Wilson (16e), est présent à Paris pendant le mois d'août.

Phtisiologie. — Mme le Dr Marcelle Blanchy, 36, rue Vaneau (7e), est présente à Paris à partir du 24 juillet.

Chirurgie. — M. le Dr P.-A. Digeon, 1, place Victor-Hugo (16e), absent du 12 juillet au 1er août, est présent à Paris en août et en septembre. — M. le Dr Talheimer, 24, avenue Recteur Poincaré, est à Paris pendant toutes les vacances.

Ophtalmologie. — M. le Dr Paul J. Petit, 19, rue de Bourgogne (7e), est présent pendant le mois d'août.

Oto-rhino-laryngologie. — M. le Dr Marcel Wisner, assistant d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, 64, rue de Miromesnil, est présent en août et en septembre. — M. le Dr Jean Guisez, 15, rue de Chanaleilles (7e), est présent à Paris du 25 juillet au 10 août.

Electroradiologie. — M. le Dr René Delapchier,

90, rue de Rennes, est présent en juillet et en août et absent du 1er au 30 septembre.

Nécrologie

Le Dr Louis Champagne (de Vernouillet), chevalier de la Légion d'honneur. — Le Dr Sanerot (de Mâcon). — M. le Dr Gabriel Lachèze, M. le Dr et Madame Michel Lachèze, M. le Dr et Madame Jean Laroche font part de la mort de Madame Gabriel Lachèze. — Madame J.-B. Chazaud, mère de M. le Dr René Chazaud et tante de M. le Dr P. Relier. — Mlle Jacqueline-Françoise Sicot, fille de M. le Dr et de Madame J.-R. Sicot, décédée à l'âge de six mois. — Le Dr Jules Morival (de Bailleul). — Le Dr Edmond Congy (de Brie-Comte-Robert). — Le Dr Jules Fouquet (de Paris). — Le Pr Loukianoff, de l'Institut pour le perfectionnement des médecins à Léningrad. — Le Dr K. M. Nadkarni, décédé à Mangalore (South India) à l'âge de 72 ans. Il fonda en 1892 la première revue médicale mensuelle de Bombay, *le Doctor's Magazine*; il créa ensuite les revues médicales suivantes : l'*Indian medico-chirurgical Journal* et le *Foreign Magazine Supplying Agency*. — Le Dr Alphonse Borel, décédé à Privas à l'âge de 83 ans; il était le père de M. le Dr Adrien Borel. — Le Dr Marius Guyot (de Villefranche).

Mariages

Mlle Suzanne Broquin-Lacombe, fille de M. le Dr Broquin-Lacombe, et le capitaine de Gonfréville, chevalier de la Légion d'honneur. — Mlle Louise Raquet, nièce de M. le Pr D. Raquet, et M. Rémy Cyssau. — M. Charles Douay, externe des hôpitaux de Paris, fils de M. le Dr E. Douay, ancien chef des travaux gynécologiques à la Faculté de Paris, et Mlle Suzanne Lemarchand. — M. Jacques Dugas, interne des hôpitaux de Paris, et Mlle Jacqueline Lemière. — M. le Dr G. Rouhier, chirurgien des hôpitaux, membre de l'Académie de chirurgie, et Madame E. d'Arras. — M. le Dr A. Appaix, ancien interne des hôpitaux, et Mlle Yvonne Gaillard-Boyenval. — M. le Dr Robert Cadéot, médecin lieutenant au 8e régiment de tirailleurs tunisiens, fils de M. le Dr et de Madame Frédéric Cadéot, et Mlle Micheline du Suau de la Croix, fille de M. le Dr et de Madame Paul du Suau de la Croix. — M. le Dr René Quermonne et Mlle Marie-Anne Louvel.

Fiançailles

Mlle Yvonne Lelong, fille de M. le Dr Lelong, et M. Jacques Jonas. — Mlle Denise Desforges, fille de M. le Dr Desforges, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, et de Madame, et M. Jacques Loyer.

Naissances

M. le Dr et Madame Aubert font part de la naissance de leur fils Jean-Claude. — M. le Dr et Madame Maurice Lescaux font part de la naissance de leurs fils Francis et Philippe — M. le Dr André Rollin, chef de clinique au Quinze-Vingts, et Madame, font part de la naissance de leur fille Jacqueline. — M. le Dr et Madame René Bagot font part de la naissance de leur fille Christine. — M. le Dr et Madame Vallette (de Strasbourg) font part de la naissance de leur fils Bertrand. — M. le Dr Marcel Schwob et Mme le Dr Marthe Schwob-Netter (de Mulhouse) font part de la naissance de leur fils Edmond. — M. le Dr et Madame G. Beaumont font part de la naissance de leur fille Christiane. — M. le Dr et Madame Dupuy font part de la naissance de leur fille Cécile.

L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris et les remplacements de médecins

Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris rappelle aux médecins de Paris et de province l'existence de son Service de remplacements qui leur a rendu si souvent d'utiles services.

Les remplaçants de la « Corpo » sont toujours français et observent les conditions légales; les décrets du ministre de la Santé publique et la loi de 1935, sur les médecins étrangers, sont parfaitement respectés.

L'Association corporative (8, rue Dante), ne fermant jamais pendant les vacances (sauf dimanches et jours fériés), on est toujours assuré de s'adresser à elle et on peut lui téléphoner de 13 à 18 heures 30 (Odéon 58-90).

Faculté de médecine d'Alger

Par arrêté du 20 juillet 1936, la chaire de chimie biologique de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Faculté de médecine de Strasbourg

Par arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 22 juillet 1936, a été créé à l'Université de Strasbourg une attestation d'études médicales spéciales, mention pédiatrie, et ont été réglementées les conditions de scolarité.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers

Un concours pour l'emploi de chef des travaux de bactériologie à l'Ecole préparatoire de médecine

DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

et de pharmacie d'Angers s'ouvrira le 5 novembre 1936 au siège de ladite Ecole.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

École de médecine et de pharmacie de Tours

L'emploi de chef des travaux de médecine opératoire à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Tours est supprimé à dater du 1er octobre 1936.

Il sst créé à ladite Ecole, à compter de la même date, une chaire de médecine opératoire et anatomie topographique.

Hôpital Saint-Michel (Paris)

Un assistant est demandé au service de gastroentérologie de l'hôpital Saint-Michel. Trois matinées par semaine, 300 francs par mois. Nomination après 6 mois de stage dont 3 payés. Ecrire en envoyant titres au Dr Maurice Delort, 1, place d'Iéna. Paris (16e).

Hôpital général de Nevers

Un concours sur titres est actuellement ouvert pour le poste de médecin de l'hôpital de Nevers, chargé du laboratoire de biologie.

Les candidats devront avoir déposé leurs titres et diplômes avant le 15 septembre 1936.

Ils sont priés de joindre à leur lettre de candidature leurs titres et travaux scientifiques, notamment les diplômes et stages concernant les différents laboratoires où ils auront pu exercer ainsi que la preuve du dépôt de leur diplôme d'Etat de docteur en médecine à la Préfecture de la Nièvre,

Ces pièces seront déposées sous pli cacheté chez M. le Directeur de l'hôpital de Nevers.

Hôpitaux de Tunis

Après concours, M. le Dr Bonan a été nommé chef de service à l'hôpital Ernest Conseil; M. le Dr Lamarche a été nommé médecin chef du service de neurologie à l'hôpital français; M. le Dr Benmussa a été nommé médecin chef de service à l'hôpital civil français.

Légion d'honneur

Est nommé :

Au grade de chevalier : M. Istin, pharmacien-chimiste de 1re classe de la marine.

Médailles d'honneur des épidémies

Médaille d'or à titre posthume. — M. Roche, interne en médecine à l'asile d'aliénés de Saint-Alban.

Médailles de vermeil. — M. le Dr Foveau dit Foveau de Courmelles, électro-radiologiste à Paris; M. le Dr Leforestier, médecin à Péronne.

Médailles d'argent. — Mlle le Dr Brunel, médecin adjoint au sanatorium du Grau-du-Roi; Mlle le Dr Dumas, docteur en médecine, ancienne interne des hôpitaux de Toulouse; M. Grimoud, interne des hôpitaux de Toulouse; M. Vailhé, interne en médecine à l'asile d'aliénés de Saint-Alban; M. Bader, externe des hôpitaux de Strasbourg; M. Roger, interne des hôpitaux de Strasbourg; M. le Dr Tournier, interne de l'hôpital de Villeurbanne; M. Langeard, faisant fonction d'externe au groupe hospitalier Necker-Enfants malades (Seine); M. Richard. externe à l'hôpital Claude-Bernard; M. le Dr Brimont, médecin-chef de l'infirmerie indigène de Camp-Marchand (Maroc); M. le Dr Mathieu, adjoint au médecin régional de la santé et de l'hygiène publique à Casablanca (Maroc); M. le Dr Mornas, médecin-chef de l'infirmerie indigène de Ben Ahmed; M. le Dr Vincent, médecin-chef du groupe sanitaire mobile de Meknès.

Médailles de bronze. — M. Plomion, interne à l'Hôtel-Dieu de Troyes; M. Achard, externe en médecine des hôpitaux de Marseille; M. Dusserre-Telmon, interne provisoire en médecine à l'hôpital de la Tronche à Grenoble; M le Dr Fabre, médecin cantonal à Virieu-sur-Bourbre (Isère); M. le Dr Lombard, médecin à Vézelise; Mlle Gressier, externe des hôpitaux de Lyon; M. Papillon, externe des hôpitaux de Lyon; M. Devernois, faisant fonctions d'externe à l'hôpital Trousseau: Mme Gautier, faisant fonctions d'externe à l'hôpital Hérold; M. Gouffier, externe à l'hôpital Trousseau; Mlle Joos, externe à l'hôpital Trousseau; M. Labarrère, étudiant en médecine, remplaçant d'externe au Nou-

veau-Beaujon à Clichy; M. Leroux, externe à l'hôpital de la Pitié; M. Loiseau, externe à l'hôpital Hérold; M. Schwartz, interne à l'hôpital Bretonneau; M. le Dr Guyot, médecin à Thaon.

Service de santé militaire

Nominations. — Par décision du 20 juillet 1936, sont nommés : assistants des hôpitaux militaires les médecins capitaines de l'armée active ci-après désignés, qui reçoivent les affectations suivante, avec la mention « service » :

SECTION DE MÉDECINE. — M. Faure, du 11e régiment de cuirassiers à Paris, affecté à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, à Paris; M. Paraire, de la base aérienne n° 131 à Tours, affecté à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris; M. Duval, de 18e bataillon de chasseurs alpins à Grasse, affecté à l'hôpital militaire Desgenettes, à Lyon; M. Duran, du 5e bataillon de dragons portés à Lyon, affecté à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon; M. Henry, du 55e régiment d'artillerie à Fontainebleau, affecté à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris.

SECTION DE CHIRURGIE. — M. Surmely, du 19e corps, affecté à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris; M. Ormières, des troupes du Maroc, affecté à l'hôpital militaire Desgenettes, à Lyon; M. Anthoine, médecin adjoint à l'Ecole du service de santé militaire, affecté à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris; M. Delvoye, du 19e corps d'armée, affecté à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon; M. Siffre, du 67e régiment d'infanterie, affecté à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris.

SECTION D'ÉLECTRORADIOLOGIE. — M. Protar, de l'infirmerie-hôpital du camp de la Valbonne, affecté à l'hôpital militaire Desgenettes, à Lyon: M Conté, du 3e régiment du génie, affecté à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, à Paris; M. Nègre, du 15e régiment de tirailleurs algériens, affecté à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris.

Ces officiers rejoindront leur nouvelle affectation le 1er octobre 1936.

Admissibilité à l'Ecole du Service de santé militaire.— SECTION DE MÉDECINE. — *Lyon (Ecole du Service de santé militaire) 31 août 1936.* MM. Arnoult, Arragain, Benoist, Berger, Boileau, Camou, Capdeville, Cochinard, Cruaud, Daniélou, Duchesne, Favier, Flachaire, Franceschi, Hosotte, Labansat, Lazerges, Léculée, Maillefert, Maurin, Michel, Pédelahore, Pellenc, Pézerat, Picard, Porra, Rey-Musy, Reynaud, Roberjot, Roy, Terneau, Tillier, Valette, Van Huffel, Zicavo, Acberhardt, Arnoux, Beaufort, Boillet, Boiteux, Bouvier, Bruchon, Celle, Choffez, Courtois, Debucquet, Drevon, Fervol, Foucher, Gautheret. Girard-Madoux, Greneaux, Guedj, Guillaume, Hudelot, Humbert, Huot, Issert, Laflaquière, Laurenti, Maître, Méry, Munier, Ogier, Picq, Ponchon, Pré, Prince, Richard, Rigal, Roy, Sauzède, Schmuck, Schott, Sournia, Teil.

Nancy (hôpital militaire) 3 septembre 1936. — MM. Grandjean, Heintz, du Mesnil, Schmitter, Voegtlin, Wahl, Beltrando, Hissler, Kintz, Pottier, Robert, Ruzié, Schmutz, Veltin, Wauthier.

Paris (hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce), 5 septembre 1936. — MM. Amiable, Auger, Bardy, Boucheron, Bourdinaud, Combet, Desprez, Dubois, Gontier, Le Borgne, Legeais, Lorcy, Mases, Renard, Saint-Félix, Tétart, Touboul, Uchan, Verhaeghe, Villa, Baixas, Bémelmans, Bernard, Bertein, Bongrand, Bourdon, Cardon, Darsy, Docerisy, Delaruelle, De Rudder, Desjardin, Doussot, Dufour, Durand, Eyquem, Ferry, Flandin, Fribourg-Blanc, Gaveau, Grivel, Henry, Huraux, Jonquères, Lacombe, Lévy (A.), Lévy (P.), Mallet, Mazas, Michard, Michel, Palmier, Pélage, Piednoir, Pierre, Renaux, Renevey. Robert, Ronflet, Sélosse, Sureau, Tauzin, Thierry, Vivarès, Vivès.

Rennes (hôpital militaire), 10 septembre 1936. — MM. Anglade, Bétrom, Brémond, Cavalin, Chochon, Chrétien, Collos, Cot, Courapied, Dijonneau, Duval, Grosbois, Guyader, Heuls, Lancien, Langlois, Le Bras, Leclère, Le Gall, Le Mour, Liabot, Lijour, Mahé, Marot, Quémener, Raoul, Rondreux, Saillour, Saugrain, Vaillant, Valet, Bannetel, Bocé, Collin, Corre, Corolleur, Gilard, Lasserre, Le Matelot, Salou, Sicard, Youinou.

Bordeaux (direction du Service de santé, caserne Pelleport, 11, rue de Cursol), 14 septembre 1936. — MM. Achiary, André, Armand, Aury, Bache-Gabrielsen, Bernazeau, Bloch, Boidron, Boileau, Buscail, Calmon, Chabellard, Chaussat, Couture, Dameron, Domarque, Dubourg, Duizabo, Durand, Dusseau; Duthil, Fouanon, Gilbert-Desvallons, Gobin, Humbert, Imbaud, Lacouture-Dugué, Lucrèce, Mérouze; Montiès, Moras, Orthlieb, Pellé, Rippe, Robert, Savattier, Tardieu, Verdier, Vignéras, Chenilleau, Coirault, David, Dubois, Guyard; Lanta, Limouzin, Philippon, Prat, Sinan, Tallier, Valet.

Toulouse (hôpital militaire), 18 septembre 1936. — MM. Adda, Alaize, Barrié, Caux' Dufayet, Figarède, Fourcade, Gaspéri, Kaydel, Porcq, Thut, Albert, Amar, Astre, Bédok, Bourdet, Carbonne, Délègue, Delpont, Dubarry, Favarel, Frézières, Gorostis, Imbert, Pédoussaut, Reverdy, Rossignol, Seigneuric, Vabre.

Montpellier (Faculté de médecine), 21 septembre 1936. — MM. Bardie, Lapeyssonnie, Le Saux, Morer, Pontich, Rolland, Vigo, Barthès, Bellemin, Benoît, Doyer, Caillard, Dulieu, Gontier, Merle.

Marseille (hôpital militaire), 23 septembre 1936. — MM. Amouroux, Autheman, Autric, Besle, Besseige, Bruère-Dawson, Carli, Caron, Chauvet, Chiozza,

Colonna, Davin, Doussot, Duluc, Emperaire, Ferrand, Ginésy, Guibert-Germain, Habay, Lecalvé, Légier, Lesnard, Luciani (D.), Lueiani (P.), Martin, Méehali, Michat, Moreau, Otter, Perrot, Quentel, Ramanantsoa, Renner, Ricaud, Rispe, Rosat, Rossi. Rouayrenc, Runaeher, Salvadory, Seux, Vallini, Vivié, Gorman, Jacquinet, Rainaut, Sebegoum, Villoutreix, Vola.

ECTION DE PHARMACIE. — Les épreuves orales et pratiques auront lieu à Paris (hôpital militaire du Val-de-Grâce), le 3 septembre 1936, pour M. Vallantin; le 4 septembre 1936, pour MM. Billeranc, Carnet. Charbonnier, Colas, Duclos, Duizabo, Gay, Koechlin, Larvor, Marsas, Rispallah, Steffen, Théveneau.

Ecole française de stomatologie

Après deux années de seolarité et examens probatoires, ont obtenu le diplôme de l'Eeole française de stomatologie :

M. Aillet, Mlle Rintzler, MM. Guérin, Cahana, Bouyssou, Teysson, Cernéa, Mlles Sérot, Courrier, Stéren, M. Mareus.

Ont obtenu le diplôme avec la mention « Bien » : MM. Delpont, Fieux, Carlier, Vigier.

A obtenu ce même diplôme avec mention « Très bien » : M. Lehuehe.

Maison de santé de Charenton

Une plaee d'interne en médecine est vacante au service de psychiatrie du Dr Baruk à la Maison nationale de santé de Charenton. Les candidats sont priés de s'adresser à la direction de cet établissement, 57, Grande-Rue, Saint-Maurice (Seine).

Bureau municipal d'hygiène de Saint-Quentin

La vacance du poste de directeur du bureau municipal d'hygiène de Saint-Quentin est déclarée ouverte.

Les candidats à ce poste ont un délai de vingt jours, à eompter du 22 juillet 1936, pour adresser au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 1er bureau), leur demande accompagnée de tous titres, justifications ou référenees permettant d'appréeier leurs connaissances seientifiques, administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures.

Ils devront justifier de la qualité de français et, en cas de naturalisation, faire attester par le préfet qu'ils remplissent les conditions prévues par l'artielc 7 de la loi du 26 juillet 1935, relative à l'exercice de la médecine.

Ils devront produire, en outre, une copie certifiée conforme de leurs diplômes, en particulier du diplôme d'Etat de docteur en médecine, leur acte de naissanee, ainsi qu'un extrait de leur casier judiciaire ayant moins de trois mois de date.

Le traitement alloué s'élève à 20.000 franes par an, il s'y ajoute des indemnités complémentaires s'élevant à un total de 30.000 francs. Le titulaire du poste n'est pas autorisé à faire de la elientèle.

Médecin adjoint de l'assistance médicale indigène en Afrique occidentale françaisa

CANDIDATS ADMISSIBLES — MM. Roger Charbonnier et Prosper Cormaty.

Sanatoriums publics

M. Reumaux, médecin directeur du sanatorium de la Bueaille à Alineourt (Seine-et-Oise), a été nommé, sur sa demande, médeein direeteur du sanatorium de Saint-Sever (Calvados).

M. Sehouller, médecin directeur du sanatorium de Saint-Sever (Calvados), a été nommé, sur sa demande, médecin direeteur du sanatorium de Saint-Gobain (Aisne).

M. Augé, médeein direeteur du sanatorium de la Grolle-Saint-Bernard (Charente), a été nommé médeein directeur du sanatorium de la Bucaille à Aineourt (Seine-et-Oise).

M. Thorain, médeein adjoint au sanatorium de la Chapelle-Saint-Mesmin (Loiret), a été affecté au sanatorium de Saint-Sever pour la période 16 juillet-16 août 1936; au sanatorium de la Grolle-Saint-Bernard (Charente), à dater du 16 août 1936.

Mlle Fié, médecin adjoint au sanatorium interdépartemental d'Hauteville (Ain), a été nommée, sur sa demande, médecin adjoint au sanatorium de la Chapelle-Saint-Mesmin (Loiret).

Mlle Renié a été nommée médecin adjoint au sanatorium interdépartemental d'Hauteville (Ain).

Mme Canto, médecin adjoint au sanatorium d'Helfault (Pas-de-Calais), a été nommée, sur sa demande, médecin adjoint au sanatorium interdépartemental de Saint-Gobain (Aisne).

Mme Rougier-Barbet a été nommée médecin adjoint au sanatorium du département du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère).

Sanatorium Vancauwenberghe à Zuydcoote

Par arrêté du ministre la Santé publique en date du 22 juillet 1936, M. le Dr Gérard et Mlle le Dr Nigoul ont été nommés médecins assistants au sanatorium national Vancauwenberghe, à Zuydcoote.

Dispensaires polyvalents du Kef et de Sfax

Un concours sur titres est ouvert à la Direction de l'Intérieur pour la nomination de deux médecins chefs de dispensaires polyvalents.

Les candidats devront être :

DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

1° Français ou Tunisiens.

2° Agés de moins de 40 ans à la date du concours.

3° Pourvus du diplôme de docteur en médecine d'Etat français.

4° Avoir satisfait aux obligations militaires.

5° Etre pourvus d'un certificat d'aptitude physique délivré par deux médecins assermentés.

Les candidats devront justifier d'une préparation suffisante de leur spécialité par des travaux scientifiques, des stages ou des services antérieurs.

Les dossiers devront être déposés à la Direction de l'Intérieur (service de la santé publique) avant le 15 octobre 1936, dernier délai.

Bourses d'études à l'Institut Carlo Forlanini, à Rome

Le gouvernement italien a décidé d'accorder, pour l'année 1936-1937, 6 bourses d'études à l'Institut Carlo Forlanini, à Rome.

Ces bourses, mises au concours, d'une valeur de 3.000 lires chacune, plus la nourriture et le logement, doivent servir à faciliter le stage des médecins à l'Institut " Carlo Forlanini ", à Rome. Ce séjour se répartira sur l'année universitaire (du 15 novembre au 15 juillet), c'est-à-dire huit mois interrompus par les vacances usuelles.

Les boursiers devront obligatoirement résider à l'Institut.

Les bourses seront attribuées de préférence à de jeunes médecins déjà familiarisés avec les problèmes de la tuberculose et désirant se perfectionner dans cette branche.

L'attribution de ces bourses aura lieu à la prochaine session du Comité exécutif de l'Union internationale contre la tuberculose, qui doit se réunir le lundi 7 septembre 1936, à Lisbonne.

Les médecins français, désireux de participer à ce concours sont invités à adresser leur demande accompagnée des renseignements sur leur âge, leurs titres, leur expérience professionnelle, etc..., au siège du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (6e), avant le 20 août 1936.

Médaille du Dr Pasteau

M. le Dr Pasteau doit présider le Congrès français d'urologie d'octobre 1936. Le Conseil d'administration de l'Association française d'urologie a pensé que nulle occasion n'était plus favorable pour lui témoigner la reconnaissance de l'Association dont il a assumé le secrétariat pendant trente ans.

Au cours du Congrès, à une date qui sera ultérieurement fixée, sa médaille exécutée par le Maître graveur Dammann, grand prix de Rome, sera remise au Dr Pasteau.

Toute souscription de 100 francs donnera droit à une reproduction de la médaille. Prière d'envoyer les souscriptions par chèque, chèque postal (Paris 599), ou mandat, au trésorier, M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

Le Gérant : J.-B. BAILLIÈRE

Imp. N. Thécult, 8, rue Danton. Paris

DERNIÈRES NOUVELLES

Médecins présents à Paris pendant les vacances

Paris Médical, publiera pendant les mois de vacances, les noms, adresses et spécialités de nos confrères restant à Paris.

Dermato-vénéréologie. — M. le Dr Galliot, 74, rue de Rome, absent pendant le mois de juillet, a repris ses consultations le 3 août, il est présent à Paris en août et septembre. — M. le Dr Belgodère, médecin adjoint de Saint-Lazare, 69, rue Rochechouart, ne s'absente pas de Paris; il est donc présent en août et septembre.

Dermatologie et syphiligraphie. — M. le Dr Lefèvre (Paul), 23, avenue Victor-Hugo, est à Paris jusqu'au 14 août.

Médecine générale. — M. le Dr Maurice Bariéty, 77, rue Monceau, est présent à Paris à partir du 15 juillet. — M. le Dr Babonneix, médecin de l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher), 50, avenue de Saxe, est absent de fin juillet au 1er octobre. — M. le Pr Lemierre, 3, rue Rabelais, sera présent à partir du 1er septembre. — M. le Dr Julien Huber, médecin des hôpitaux, 36, rue du Colisée, sera présent en août. — M. le Dr Ribadeau-Dumas, médecin de la Salpêtrière (crèche), 23, rue François-Ier, sera absent du 1er août au 15 septembre. — M. le Dr Marcel Perrault, 12, rue des Beaux-Arts (6e), est présent à Paris durant toutes les vacances. — M. le Pr Laignel-Lavastine, 12 bis, place de Laborde (8e), est présent du 29 juillet au 10 août. — M. le Dr Emile Gilbrin, ancien interne des hôpitaux, 38, rue Lacépède (5e), est présent à Paris pendant tout l'été. — M. le Dr Henri Schaeffer, 170, rue de la Pompe, est présent jusqu'au 1er septembre.

Médecine générale. - Enfants. — M. le Dr Jacques Odinet, 4, rue de la Renaissance (8e), est présent à Paris du 15 juillet au 10 septembre. — M. le Dr Maurice Kaplan, 12, rue César-Franck (15e), est présent à Paris en août et septembre.

Médecine générale. - Maladies du foie. — M. Albeaux-Fernet, 85, avenue Henri-Martin (16e), est présent à Paris à partir du 1er août.

Médecine générale. - Neurologie. — M. le Dr Jean Lereboullet, 51, avenue de Breteuil (7e) est présent à Paris en août et septembre.

Médecine générale. - Maladies des voies digestives. — M. le Dr René Gaultier, 40, rue de la Bienfaisance, est présent à Paris jusqu'au 4 août.

Médecine générale. - Endocrinologie, nutrition. — M. le Dr Gilbert-Dreyfus, médecin des hôpitaux de Paris, 21, avenue du Président-Wilson (16e), est présent à Paris pendant le mois d'août.

Phtisiologie. — Mme le Dr Marcelle Blanchy, 36, rue Vaneau (7e), est présente à Paris à partir du 24 juillet.

Chirurgie. — M. le Dr P.-A. Digeon, 1, place Victor-Hugo (16e), absent du 12 juillet au 1er août, est présent à Paris en août et en septembre. — M. le Dr Talheimer, 24, avenue Recteur Poincaré, est à Paris pendant toutes les vacances.

Ophtalmologie. — M. le Dr Paul J. Petit, 19, rue de Bourgogne (7e), est présent pendant le mois d'août.

Oto-rhino-laryngologie. — M. le Dr Marcel Wisner, assistant d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, 64, rue de Miromesnil, est présent en août et en septembre. — M. le Dr Jean Guisez, 15, rue de Chanaleilles (7e), est présent à Paris du 25 juillet au 10 août.

Electroradiologie. — M. le Dr René Delapchier, 90, rue de Rennes, est présent en juillet et en août et absent du 1er au 30 septembre.

Nécrologie

Le Dr Robert Charlet et son fils, externe des hôpitaux, décédés au cours d'un accident d'aviation. — Le Dr A. Stieffel. — Le Dr Gabriel Berger (de la Bédoule). — Le Dr Joseph Daurand (de Valréas). — Le Dr Joseph Billaux (de Saint-Quentin). — Le Dr Pierre Caillard (de Cancale). — Le Dr Roger Charrier (de Mirambeau). — Le Dr Julien Coste (de Tassin). — Le Dr Julien Raynier (de Belpech). — Le Dr André Roche (de Marseille). — Le Dr Georges Thiry (de Nancy). — Le Dr Joseph Mazin (de Solignac). — Le Dr Fernand Dubois (de Lessines, Belgique).

Mariages

M. le Dr Marcel Astraud, chevalier de la Légion d'honneur, et Madame Maxime Abeille-Chatin. — Mlle Jacqueline Armand Olivier, interne des hôpitaux de Paris, et M. le Dr André Dufour, chef de clinique chirurgicale à la Faculté.

Naissances

M. le Dr et Madame Stanislas Playoust font part de la naissance de leur filleFrançoise — M. Jacques Cousin, étudiant en médecine à la Faculté libre de Lille, et Madame, font part de la naissance de leur fils Jacques.

Hôpitaux de Paris

Concours de l'internat. — La première épreuve écrite du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 12 octobre 1936, à 9 heures, au Parc des expositions (stand 50), Porte de Versailles, Paris (15e). (Entrée des candidats : Porte de Versailles).

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 13 à 17 heures, depuis le lundi 7 septembre jusqu'au jeudi 24 septembre 1936 inclusivement.

Seront seuls admis dans la salle où auront lieu les compositions écrites, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours.— Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

Faculté de médecine d'Aix-Marseille

M. Moitessier, professeur de chimie médicale, est admis à la retraite à compter du 13 septembre 1936.

Par arrêté ministériel, M. Imbert a été renouvelé comme doyen de la Faculté jusqu'à la cessation de ses fonctions de professeur.

Hôpitaux de Marseille

Un concours s'ouvrira le lundi 12 octobre 1936, à 9 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, pour le recrutement de douze élèves internes en médecine et en chirurgie. La liste d'inscription sera close le 28 septembre à 18 heures.

Un concours s'ouvrira le lundi 19 octobre 1936, à 9 heures du matin, dans les locaux de l'annexe de la Faculté de médecine, rue Auguste-Blanqui, n° 92, pour le recrutement de trente-cinq élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Marseille. La liste d'inscription sera close le 5 octobre 1936, à 18 heures.

Pour tous renseignements concernant ces deux concours, pour les inscriptions et le dépôt des dossiers réglementaires s'adresser au secrétariat de l'administration des hôpitaux et hospices civils, 9, rue Lafon, à Marseille.

Légion d'honneur

Sont promus :

Au grade de commandeur : M. le Dr Bablon, médecin colonel, sous-directeur du service de santé de la 2e région; M. Prosper Weil, médecin des hôpitaux, chef du service de la transfusion à l'hôpital Tenon, à Paris; M. le médecin-général Duguet, de la section de réserve; M. le médecin lieutenant-colonel Huleux, de la 8e région ; M. le médecin colonel Doreau.

Au grade d'officier : M. le Dr Régnard, médecin de la Fédération nationale des plus grands invalides de guerre; MM. les Drs Fortuné Bec (d'Avignon); Marie Descamps, vice-président du Conseil départemental d'hygiène de la Somme, à Amiens; Marcel Gallois, président du Syndicat général des médecins urologistes français, à Paris; Joseph Marsan, chirurgien assistant à l'hôpital Lariboisière, à Paris; Jacques Mawas, directeur du laboratoire d'ophtalmologie à l'Ecole des Hautes-Etudes au Collège de France ; Georges Rosenthal, médecin des dispensaires d'hygiène sociale, à Paris; Georges Tourneux, chirurgien assistant à la Faculté de médecine de Toulouse; Villa, 3e région; Ranzy, 17e région ; Cazottes, 17e région; Bénard, 20e région; Trollat, 18e région; Humbel, 5e région ; Fourmentin, 1re région; Nurdin, 7e région; Fabregat, 17e région; Josse, 19e corps; Laporte, de Paris; Pascal, de Paris; Monraisse, 13e région; Landou, 11e région; Robert, 9e région; Malartic, 15e région ; Severac, 9e région; Cade, 14e région; Cerise, de Paris; Jousset, 18e région; Colat, 4e région; Benjamin, 18e région; Perie, 17e région.

Sont nommés :

Au grade de chevalier : MM. les Drs Edouard Barral, médecin de l'hôpital-hospice de Vaison (Vaucluse); Louis Bolot, médecin radiologue à Senlis; Jules Corset, médecin de l'hôpital civil thermal de Vichy; Moyse Créhange, vice-président de la Commission sanitaire de l'arrondissement de Briey, à Nancy; René Donnezan, médecin chef des services d'études d'électro-radiologie des hospices de Perpignan; Adolphe Dudefoy, vice-président du Conseil départemental d'hygiène d'Eure-et-Loir, à Chartres; Etienne Guérin, au Chesne (Ardennes); Georges Leclercq, à Chatou (Seine-et-Oise), médecin des écoles; Pierre Louit (Paris); Jacques Martz, directeur du Bureau d'hygiène de Chalon-sur-Saône, Marie Monéger, à Egletons (Corrèze); Marius Mozer, chef de laboratoire de l'hôpital maritime de Berck; Jean Paris, chef de service de chirurgie femmes et de la maternité de l'Hôtel-Dieu de Troyes; Raoul Weill (Paris); M. Coliez Robert, médecin électro-radiologiste des hôpitaux de Paris, 23 ans de pratique médicale très distinguée. S'est consacré avec un dévouement tout particulier à la lutte anticancéreuse et a effectué, au cours de ses recherches scientifiques, des expériences dangereuses. Titres exceptionnels; Magimel-Pelonnier; Lavoine, 3e région; Galippe, 15e région; Simon, de Paris; Noël, 20e région; Giron, de Paris; Castelli, 19e corps; Barbaux, 3e région; Blatin, 13e région; Genairon, 13e région; Serre, 13e région; Morère, 18e région; Poissonnier, 13e région; Dufils, 9e région; Jais, 19e corps; Caillebar, 17e région; Aubry, 20e région; Binet, 19e corps; Eynard, 14e région; Dourthe, 18e région; Rimey, 7e région; Guichou, 17e région; Trillat, 14e région; Poisson, 15e région; Fontaine, de Paris; Binet, 9e région; Proust, 8e région; Nicolas, 11e région; Sauve, 3e région; Le Droumaguet, 11e région; Parenteau, 18e région; Gauthier, 3e région; Postagni, 15e région; Hostalrich, 15e région; Laparra, 18e région; Sauvan, 15e région; Peiffert, 1re région; Juif, 8e région; Sahut, 13e région; Michel, 15e région; Wattez, 1re région; Bettinger, 6e région; Dana, 19e corps; Huguet, 15e région; Gautier, 4e région; Pfeiffer, 2e région; Legal-Lassalle, 4e région; Barbier, 11e région; Marcou, 16e région; Besson, du Maroc; Cerutti, 14e région; Guichard, 14e région; Chastel, 2e région; Chevallier, 6e région; Masson, 14e région; Faveret, 5e région; Jacquot, 20e région; Jullian, 15e région; Panou, 6e région; Bourdeaux, de Paris; Durantet, 13e région; Marx, de Paris; Lugnier, 6e région; Dumont, 20e région; Hutin, 20e région; Brettmon, de Paris; Bessière, 20e région; Baufle, 7e région; Triller, 15e région; Salle, 3e région; Clap, 15e région; Lauze, 15e région; Violle, de Paris; Faivre, de Paris; M. le médecin capitaine Poirier; M. le médecin capitaine Cauchard; M. le médecin capitaine Martel; M. le médecin capitaine Bonnet.

Asiles publics d'aliénés de la Seine

Un concours pour la nomination à deux emplois de médecin chef de service des asiles publics d'aliénés de la Seine s'ouvrira à la Préfecture de la Seine, à Paris, le lundi 12 octobre 1936, à 14 heures.

Sont admis à prendre part au concours les seuls médecins du cadre des asiles publics d'aliénés ayant, au moment de leur inscription, moins de 55 ans d'âge et plus de cinq ans effectifs de services.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (bureau des Etablissements départementaux d'assistance, annexe Est de l'Hôtel-de-Ville, 2, rue Lobau, 2e étage, pièce 227), de 10 à 12 heures et de 14 à 17 heures, du lundi 7 septembre au samedi 19 septembre 1936 inclus (sauf dimanches et jours fériés).

Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

Asiles publics d'aliénés

Un poste de médecin directeur est vacant à l'asile public d'aliénés de Saint-Alban (Lozère), par suite du départ de Mme Masson.

Un poste de médecin chef de service est vacant à l'asile public d'aliénés de Lorquin (Moselle), par suite du départ de M. Duchêne.

Institut Pasteur de Tunis

M. Etienne Burnet, ancien directeur-adjoint de l'Institut Pasteur de Tunis, expert à l'Organisation d'hygiène de la Société des Nations, vient d'être nommé directeur de l'Institut Pasteur de Tunis où il succède à Charles Nicolle, dont il a été le collaborateur et l'ami.

Ministère des Colonies

MM. les Drs Cormaty et Charbonnier ont été reçus au concours pour l'emploi de médecin stagiaire de l'assistance médicale indigène en Afrique occidentale française.

La retraite des fonctionnaires

La Chambre a voté le projet de loi suivant :

« Le gouvernement est autorisé, jusqu'au 1er octobre 1936, à modifier par décrets pris en conseil des ministres toutes dispositions législatives ou réglementaires relatives à la mise à la retraite et à la limite d'âge des fonctionnaires civils et militaires, agents des services publics et des collectivités publiques ».

DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Deux amendements de M. Edouard Soulier (Seine) ayant pour but, le premier de soustraire aux décrets les membres du Conseil d'Etat, de la Cour de cassation et de la Cour des comptes, le second de défendre les *professeurs de 1re classe de l'enseignement supérieur*, ont été repoussés.

Concours pour la nomination d'un médecin-chef des dispensaires d'hygiène sociale de la Haute-Saône

Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin-chef spécialisé, des dispensaires d'hygiène sociale de la Haute-Saône. Il aura lieu à la Préfecture de Vesoul, le 1er octobre 1936.

Les candidats à cet emploi devront être français, pourvus du diplôme d'Etat de docteur en médecine et âgés de moins de 45 ans à la date du 1er octobre 1936.

Leur demande, rédigée sur timbre, devra être adressée à la Préfecture de la Haute-Saône (cabinet du Préfet) avant le 15 septembre 1936.

Ils devront s'engager, en cas de nomination :

a) à se consacrer uniquement à ses fonctions (examens cliniques radiologiques et bactériologiques des tuberculeux et des malades suspects de tuberculose) dans les dispensaires de Gray, Lure et Vesoul, et, éventuellement de Luxeuil et d'Héricourt et service de prophylaxie des maladies vénériennes dans ces dispensaires.

b) à renoncer à faire de la clientèle (toutefois il pourra être appelé en consultation par les médecins du département).

c) à rester en fonctions, dans le département de la Haute-Saône, pendant une durée minima de trois ans.

d) en cas de démission, ou de nomination à un autre poste, après le délai de trois ans ci-dessus indiqué, à continuer à assurer le service dans le département de la Haute-Saône, pendant trois mois au minimum.

e) en cas de cessation de ses fonctions, pour quelque motif que ce soit, à ne pas s'installer comme médecin praticien, dans le département de la Haute-Saône, avant un délai de cinq ans.

Stage : Le médecin-chef des dispensaires sera soumis à un stage payé de six mois, avant d'être titularisé dans ses fonctions.

Traitement et indemnités : Le traitement attaché à la fonction de médecin-chef des dispensaires d'hygiène sociale est fixé à 38.000 francs par an, avec augmentation de 2.000 francs tous les deux ans, jusqu'au maximum de 46.000 francs.

A ce traitement s'ajouteront :

1° une indemnité forfaitaire annuelle pour frais de déplacements fixée à 10.000 francs.

2° une indemnité de résidence et, les cas échéant, une indemnité pour charges de famille, égales aux indemnités de même nature allouées au personnel de la Préfecture.

Retraite : Le médecin-chef des dispensaires pourra, sur sa demande :

a) Etre admis à participer à la Caisse départementale des retraites, dans les conditions et limites d'âge prévues par le règlement départemental (retraite à 65 ans, après 25 ans de service, c'est-à-dire versements à partir de 40 ans d'âge au maximum).

b) Ou en cas d'impossibilité (plus de 40 ans d'âge), il pourra constituer sa retraite par versements à la Caisse nationale des retraites, avec participation pour moitié (et au maximum pour une somme annuelle de 1.500 francs) du Comité départemental d'hygiène sociale.

Le Gérant : J.-B. BAILLIÈRE

Imp. N. Thécult, 8, rue Danton. Paris

DERNIÈRES NOUVELLES

Médecins présents à Paris pendant les vacances

Paris Médical, publie pendant les mois de vacances, les noms, adresses et spécialités de nos confrères restant à Paris.

Dermato-vénéréologie. — M. le Dr Galliot, 74, rue de Rome, a repris ses consultations. — M. le Dr Belgodère, médecin adjoint de Saint-Lazare, 69, rue Rochechouart, ne s'absente pas de Paris.

Médecine générale. — M. le Dr Maurice Bariéty, 77, rue Monceau, est présent à Paris. — M. le Dr Babonneix, médecin de l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher), 50, avenue de Saxe, est absent de fin juillet au 1er octobre. — M. le Pr Lemierre, 3, rue Rabelais, sera présent à partir du 1er septembre. — M. le Dr Julien Huber, médecin des hôpitaux, 36, rue du Colisée, est présent. — M. le Dr Ribadeau-Dumas, médecin de la Salpêtrière (crèche), 23, rue François-Ier, sera présent à partir du 15 septembre. — M. le Dr Marcel Perrault, 12, rue des Beaux-Arts (6e), est présent à Paris durant toutes les vacances. — M. le Dr Emile Gilbrin, ancien interne des hôpitaux, 38, rue Lacépède (5e), est présent à Paris pendant tout l'été. — M. le Dr Henri Schaeffer, 170, rue de la Pompe, est présent jusqu'au 1er septembre.

Médecine générale. - Enfants. — M. le Dr Jacques Odinet, 4, rue de la Renaissance (8e), est présent à Paris jusqu'au 10 septembre. — M. le Dr Maurice Kaplan, 12, rue César-Franck (15e), est présent à Paris.

Médecine générale. - Maladies du foie. — M. Albeaux-Fernet, 85, avenue Henri-Martin (16e), est présent à Paris.

Médecine générale. - Neurologie. — M. le Dr Jean Lereboullet, 52, avenue de Breteuil (7e) est présent à Paris.

Médecine générale. - Endocrinologie, nutrition. — M. le Dr Gilbert-Dreyfus, médecin des hôpitaux de Paris, 21, avenue du Président-Wilson (16e), est présent à Paris jusqu'au 1er septembre.

Médecine générale. - Transfusion. — M. le Dr S. Bachman, 11, rue de Pétrograd (8e) (Europe 55-00) est présent à Paris.

Phtisiologie. — Mme le Dr Marcelle Blanchy, 36, rue Vaneau (7e), est présente à Paris.

Chirurgie. — M. le Dr P.-A. Digeon, 1, place Victor-Hugo (16e), est présent à Paris. — M. le Dr Talheimer, 24, avenue Recteur Poincaré, est à Paris pendant toutes les vacances.

Oto-rhino-laryngologie. — M. le Dr Marcel Wisner, assistant d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, 64, rue de Miromesnil, est présent à Paris.

Electroradiologie. — M. le Dr René Delapchier, 90, rue de Rennes, est présent jusqu'au 1er septembre.

Nécrologie

Le Dr Théodore Villette (de Dompierre-les-Eglises). — M. le médecin-colonel Paul Baron (de Nice). — Le Dr Arthur Hahnloser (de Cannes). — M. le pharmacien-colonel Cheyssial (de Nice). — Le Dr Oskar Vulpius, orthopédiste allemand bien connu, tué dans un accident d'automobile à l'âge de 69 ans. — Le Dr Gaston Lévy, décédé accidentellement dans son laboratoire à la Faculté de médecine de Nancy à l'âge de 32 ans. — M. Wray Lloyd (de Rio-de-Janeiro), membre de l'International Health Division de la Rockefeller Foundation.— Le Pr M.M. Bock, directeur de la chaire de la tuberculose au 2e

Institut de médecine de Léningrad. — Le Pr Luigi Devoto (du Bureau International du travail). — Le Dr Faugère, sénateur de la Dordogne. — Le médecin-colonel en retraite Bassompierre, commandeur de la Légion d'honneur, décoré de la médaille militaire. — Le Dr Lynne A. Hoag (Etats-Unis). — Le Dr M.-S. Jamet (de Blangy-le-Château). — Le Dr Lucien Bernard, assistant à la Faculté de médecine de Paris, chevalier de la Légion d'honneur. — Le Dr Depas (de Liége). — Le Dr Prosper Pein, professeur honoraire au lycée Henri IV.

Mariages

M. Jacques Carnot, sous-lieutenant au 8e régiment d'infanterie, fils de M. le Pr Paul Carnot, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, et de Madame Paul Carnot, et Mlle Ginette Godard, fille de M. Louis Godard, ingénieur en chef des Ponts-et-Chaussées, chevalier de la Légion d'honneur, et de Madame Louis Godard. Nos sympathiques félicitations à M. et Mme Paul Carnot et nos meilleurs souhaits aux jeunes mariés. — Mlle Raymonde Toubon, externe des hôpitaux de Marseille, et M. le Dr Georges Monfort, interne des hôpitaux de Marseille. — Mlle Gaby Guiot et M. Jean Roure. — Mlle Paule Bautru et M. le Dr Joseph Berthier, professeur agrégé à la Faculté de Marseille, médecin des hôpitaux. — Mlle Jeanne Mathieu et M. le Dr Ph. Cerati, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Beyrouth.

Fiançailles

Mlle Geneviève de Framond, fille de M. le Dr de Framond, député de la Lozère, et M. Raymond Guibal. — Mlle A.-M. Joyeux, fille de M. le Dr et de Madame Joyeux et M. Jacques Ranque, interne des hôpitaux de Marseille, fils de M. le Dr et de Madame A. Ranque.

Naissances

M. le Dr et Madame Jacques Odinet font part de la naissance de leur fille Colette. Nos sincères félicitations. — M. le Dr et Madame Jean Nocton font part de la naissance de leur fille Brigitte. — M. le Dr et Madame Laffineur-Deligne font part de la naissance de leur fils Jacques. — M. le médecin-capitaine et Madame Cosset font part de la naissance de leur fils Bernard. — M. le Dr et Madame P. Barbry et M. le Pr Besson font part de la naissance de leur fils et petit-fils Hubert.

Faculté de médecine de Paris

Examens. — *Avis très important.* — Les délais mentionnés ci-dessous étant de rigueur, aucune consignation en vue d'un examen de fin d'année ne peut, en principe, être acceptée après ces périodes.

Une dérogation à cette règle ne peut être accordée que pour des motifs graves et par délibération spéciale de la Commission scolaire.

En tous cas, aucune dérogation, pour quelque motif que ce soit, ne peut être accordée dans les cinq jours qui précèdent l'affichage de la première épreuve de chaque année (jour de l'affichage non compris).

1° Ancien régime d'études — Les consignations pour les différents examens probatoires du Doctorat en médecine seront reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 15 heures, les lundi et mardi de chaque semaine, à partir du 1er octobre 1936.

La limite des consignations pour ces examens est fixée au mardi 25 mai 1937.

2° Nouveau régime d'études. — *Session d'octobre 1936.* — MM. les candidats ajournés à la session de juillet 1936, ou autorisés à ne se présenter qu'à la session d'octobre 1936, sont informés que les épreuves des 1er, 2e, 3e, 4e et 5e examens de fin d'année auront lieu à partir du 13 octobre 1936 (consulter en octobre les affiches manuscrites).

Les consignations préalables seront reçues au Secrétariat de la Faculté (guichets nos 2 et 3), les jeudi 1er et vendredi 2 octobre 1936, de 9 heures à 11 heures et de midi à 15 heures.

Session ordinaire 1936-1937. — MM. les étudiants doivent consigner pour l'examen de fin d'année du 4 au 16 janvier 1937.

Les candidats soit boursiers ou exonérés, soit en instance de bourse ou d'exonération, doivent obligatoirement se présenter au Secrétariat en même temps que leurs camarades afin de se faire mettre en série pour l'examen de fin d'année.

Toute consignation ou inscription en vue d'un examen peut être faite soit par correspondance, soit par une tierce personne.

Examens de clinique. — Les candidats pourront s'inscrire tous les lundi et mardi à chacun des trois examens de clinique, dans l'ordre choisi par eux, du 1er octobre 1936 au 25 mai 1937.

3° *Thèse.* — Les consignations pour la thèse seront reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 15 heures, les lundi et mardi de chaque semaine, à partir du 1er octobre 1936.

La date-limite de consignation en vue de la soutenance de la thèse est fixée au 15 juin 1937.

Le dépôt des manuscrits au Secrétariat sera suspendu le 5 juin. Il reprendra le 28 juin pour l'année scolaire 1937-1938.

N.-B. — Les candidats doivent présenter leur carte d'immatriculation munie d'une photographie aux guichets nos 2 et 3 chaque fois qu'ils consignent pour un examen.

Immatriculation, inscriptions. — I. Immatriculation. — Nul n'est admis aux travaux de la Faculté

(travaux pratiques, laboratoires, cliniques, bibliothèque, etc.), s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (décret du 31 juillet 1897).

Immatriculation d'office. — L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle se trouve immatriculé d'office. Il n'acquitte pas le droit d'immatriculation.

Immatriculation sur demande. — Ne sont immatriculés que sur leur demande :

1° Les étudiants titulaires de toutes les inscriptions réglementaires; 2° les docteurs, les étudiants français ou étrangers qui désirent être admis aux travaux de la Faculté.

La dernière inscription, ainsi que les inscriptions délivrées à titre rétroactif, ne confèrent point l'immatriculation. A l'immatriculation sur demande est attaché le droit réglementaire : 210 francs.

Un candidat peut être admis à subir un examen sans être immatriculé.

Les immatriculations d'office sont effectuées aux dates indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles.

Les immatriculations sur demande sont effectuées au secrétariat de la Faculté (guichets n[os] 2 et 3), pour les étudiants réguliers, les jeudis et samedis de midi à 15 heures, et au guichet n° 4 pour les docteurs et étudiants libres, les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures.

(1) L'immatriculation ne vaut que pour l'année courante. Elle doit être renouvelée annuellement. Nul ne peut se faire immatriculer par correspondance, ni par un tiers.

Les cartes et les livrets individuels délivrés aux étudiants sont strictement personnels. Ces pièces ne peuvent être prêtées pour quelque motif que ce soit.

II. Inscriptions. — *Première inscription.* — La première inscription doit être prise du 1[er] au 31 octobre, dernier délai, de 9 heures à midi.

En s'inscrivant l'étudiant doit produire :

1° Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire français ou diplôme d'Etat de docteur ès-sciences, de docteur ès-lettres ou de docteur en droit, ou titre d'agrégé de l'enseignement secondaire (hommes, femmes) et certificat d'études P. C. B.).

2° Acte de naissance sur timbre.

3° Consentement du père ou du tuteur si l'étudiant n'est pas majeur. Ce consentement (établi sur papier timbré à 4 francs) doit indiquer le domicile du père ou du tuteur dont la signature devra être légalisée (la production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou de son tuteur).

4° Un certificat de revaccination jennérienne établi conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi du 15 février 1902 sur la vaccination obligatoire (modèle déposé au secrétariat de la Faculté).

5° Extrait du casier judiciaire.

Il est tenu, en outre, de déclarer sa résidence personnelle et celle de sa famille, comme tout changement d'adresse survenant au cours de la scolarité.

Inscriptions trimestrielles. — Pendant l'année scolaire 1936-1937, les inscriptions trimestrielles seront délivrées dans l'ordre et aux dates ci-après, de 9 à 11 heures et de midi à 15 heures, au secrétariat (guichets n[os] 2 et 3). Les deux premières inscriptions de l'année seront prises cumulativement :

1[er] et 2[e] trimestres, du 8 au 24 octobre 1936.

3[e] trimestre, du 5 au 21 avril 1937.

4[e] trimestre, du 5 au 21 juillet 1937.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires de travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions aux jours ci-dessus désignés. Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par la Commission scolaire. (La demande devra être rédigée sur papier timbré).

Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre inscription par correspondance ou par mandataire.

MM. les internes et externes des hôpitaux doivent joindre à leur demande d'inscription un certificat émanant du ou des chefs de service auxquels ils sont attachés, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne et d'externe pendant le trimestre précédent. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel appartient l'élève.

L'inscription d'un trimestre peut être refusée, pour manque d'assiduité et de travail, par décision de la Commission scolaire. La décision est définitive. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut pendant le trimestre correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

Liste des Prix à décerner en 1936 (Bourses de fondation, dons et legs, bourses municipales). — *J.-A. Sicard* (25.000 francs) : Une ou deux bourses dans le but de favoriser et de diffuser des recherches médicales, soit par travail de laboratoire, cours, publication, soit par voyages d'études, séjour dans un laboratoire ou service déterminé en France où à l'Etranger. Indiquer de la facon la plus précise les recherches ou missions poursuivies, en y joignant toutes les justifications et attestations nécessaires. 15 octobre 1936.

Bernheim (950 francs) : Récompense de la meilleure thèse de doctorat sur la tuberculose (étudiants français, russes ou polonais). 15 octobre 1936.

Segond (6.000 francs) : Bourses à des internes ayant fait leurs preuves, qui préparent le concours

d'adjuvat ou ont obtenu le titre d'aide d'anatomie. 15 octobre 1936.

Prix Behier (4.000 francs) : Prix « biennal » à l'auteur du meilleur travail sur une question de pathologie médicale. 15 octobre 1936.

Déroulède (900 francs) : Récompense de travaux ayant trait à l'étude du cancer. 15 octobre 1936.

Monthyon (2.500 francs) : Récompense du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes en 1935. 15 octobre 1936.

Girard (3.200 francs) : Prix à un étudiant pourvu de douze inscriptions au moins, poursuivant des recherches pour découvrir un médicament, sérum, etc..., susceptible d'atténuer en France les ravages causés par les maladies contagieuses. 15 octobre 1936.

Barbier (3.500 francs) : Prix en faveur de la personne qui inventera, une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieur à tout ce qui a été imaginé précédemment. 15 octobre 1936.

Chateauvillard (3.500 francs) : Prix au meilleur travail sur les sciences médicales imprimé au cours de l'année précédente (les thèses et dissertations inaugurales sont admises). 31 janvier 1937.

Jeunesse (2.600 francs) : Prix au meilleur ouvrage sur l'Hygiène. 15 octobre 1936.

Leri (1.350 francs) : Prix à un auteur de nationalité française pour le meilleur travail sur les affections des os et articulations, publié au cours de l'année 1935. 15 octobre 1936.

Anonyme (4.000 francs) : Bourses à des étudiants méritants et sans fortune. 15 octobre 1936.

Rigout (800 francs) : Récompense de la meilleure thèse de chimie biologique, physiologique ou de bactériologie. 15 octobre 1936.

Desmazes (9.000 francs) : Récompense du meilleur traité sur l'influenza. 15 octobre 1936.

Lannelongue (600 francs) : Aide à un étudiant en médecine momentanément dans la gêne. 15 octobre 1936.

De Rothschild (2.600 francs) : Bourses à deux étudiants, de préférence israélites. 15 octobre 1936.

Carville (1.500 francs) : Deux bourses au profit de deux étudiants français, laborieux et peu fortunés. 15 octobre 1936.

Demarle (800 francs) : Prix annuel à un étudiant méritant. 15 octobre 1936.

De Trémont (2.400 francs) : Prix annuel à un étudiant méritant et sans fortune. 15 octobre 1936.

Véret (650 francs) : Prix annuel à un étudiant méritant et sans fortune.

Hervieux (3.600 francs) : Aide à deux étudiants méritants et sans fortune. 15 octobre 1936.

Dieulafoy (6.800 francs) : Bourses à trois étudiants français méritants, sans fortune ou peu fortunés. 15 octobre 1936.

Seligmann : Bourse de 10.000 francs destinée à soigner un externe des hôpitaux de 3e année ou un interne des hôpitaux de Paris atteint de tuberculose débutante.

Legs Marjolin : Remboursement total ou partiel des frais d'inscriptions d'étudiants en médecine français internes ou externes des hôpitaux de Paris s'étant fait remarquer par leur zèle, leur exactitude et ayant recueilli avec soin les observations dans leur service (joindre à la demande les certificats des chefs de service). 15 octobre 1936.

Serge-Henri Salle (180 francs) : Achat d'ouvrages se rapportant aux sciences médicales qui seront attribués à un externe de la Charité. 15 octobre 1936.

Faucher : Exonération totale ou partielle des frais de scolarité et d'examens pour deux étudiants français et deux étudiants polonais. 15 octobre 1936.

Legs Malterre : Aide à un ou plusieurs étudiants français méritants ou sans fortune. 15 octobre 1936.

Les demandes établies sur papier timbré à 4 francs (sauf pour les Pupilles de la Nation) et accompagnées, soit d'un état de situation de fortune, soit du travail ou de l'appareil à récompenser, devront parvenir à M. le Doyen, au plus tard aux dates mentionnées ci-dessus.

Bourses Municipales. — Ces bourses ont pour objet de venir en aide aux étudiants méritants et peu fortunés. Elles sont réservées en principe, aux étudiants fréquentant les cours de la Faculté depuis un an au moins. Les candidats doivent être nés soit à Paris, soit dans le département de la Seine, où les parents doivent y être domiciliés depuis cinq ans au moins au 15 octobre 1936.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Visite médicale pour les étudiants. — La Faculté de médecine a organisé, l'an dernier, une visite médicale pour les étudiants qui commencent leurs études.

Elle se propose de reprendre, cette année, la même organisation.

Bien que cette visite ne soit pas obligatoire, MM. les étudiants sont instamment priés de se rendre à la convocation qui leur sera adressée. Cette visite médicale est faite dans leur intérêt : trop de jeunes étudiants tombent sérieusement malades au début de leurs études médicales pour qu'il ne soit pas de leur devoir d'aider leurs Maîtres dans la protection de leur santé. Cette visite est surtout orientée vers l'examen de l'appareil respiratoire et vise particulièrement la prophylaxie de la tuberculose. Elle est faite par des médecins des hôpitaux et des chefs de consultation, sous la haute direction des professeurs de la Faculté et du Corps médical des hôpitaux.

Toutes les précautions seront prises pour que le secret médical soit strictement respecté. Si les étudiants le désirent, les résultats de leur examen médical pourront être communiqués à leurs parents ou au médecin de leur famille.

Le Doyen, convaincu que cette visite médicale donnera d'excellents résultats, ne doute pas que les étudiants ne répondent à l'appel qu'il leur adresse, au nom de leurs Maîtres.

Les visites médicales commenceront le lundi 19 octobre, à l'hôpital Laënnec (consultation), à 20 heures et demie. Les étudiants seront convoqués individuellement au moment de leur inscription.

Hôpitaux de Nancy

Le concours de l'internat en médecine aura lieu le 19 octobre 1936.

Le concours de l'externat le 23 octobre 1936.

Hôpitaux de Rouen

Un concours pour la nomination de 2 chirurgiens-adjoints des hôpitaux de Rouen, aura lieu le jeudi 19 novembre 1936, à l'Hospice Général, à 16 h. 30.

Les candidats devront se faire inscrire à la direction, enclave de l'Hospice Général, où ils pourront prendre connaissance du règlement détaillé, la liste sera close le 24 octobre 1936, à 18 heures. Passé ce délai aucune inscription ne sera admise.

Un concours pour quatre places d'internes titulaires et une place d'interne provisoire en médecine, aura lieu le jeudi 12 novembre 1936. Les épreuves commenceront à 16 h. 30 à l'Hospice Général, salle des séances.

Le registre d'inscription sera clos le 27 octobre 1936, à 18 heures au plus tard.

Un concours pour l'attribution de trois places d'internes titulaires en pharmacie dans les hôpitaux de Rouen aura lieu le jeudi 26 novembre 1936. Les épreuves commenceront à 9 heures du matin, à l'Hospice Général, salle des séances.

Les candidats devront se faire inscrire à la direction, enclave de l'Hospice Général, au plus tard le mardi 10 novembre, à 18 heures. Passé ce délai, aucune inscription ne sera admise.

Hôpitaux de Tours

Le concours de l'internat en médecine aura lieu les 12 et 13 octobre 1936.

Le concours de l'externat les 19 et 20 octobre 1936.

Le concours de l'internat en pharmacie les 6 et 7 octobre 1936.

Sanatorium public

Mlle le Dr Fournier a été nommée médecin-adjoint au sanatorium d'Helfaut (Pas-de-Calais).

Légion d'honneur

Est promu :

Au grade d'officier : M. le Dr Gaud (de Rabat).

Sont nommés :

Au grade de chevalier : MM. les Drs Emile-Zola (administration des Journaux officiels de Paris); Toulotte (de Saint-Hilaire-lez-Cambrai); Vivant (de Monaco); Flayssac (de Treignac).

Distinctions honorifiques

Croix des services militaires volontaires. — *Croix de 1re classe* : M. le Dr Lardenois.

Croix de 2e classe : MM. les Drs L. Simonin, P. Beaussart, F. Gault, A. Latarjet, J. Pernod, M. Codeau, J. Lenoir, R. Tournier-Lasserve, M. Jeandin, A. Poirier, P. Petit.

Croix de 3e classe : MM. les Drs P. Lavat, G. Berges, J. Doazan, P. Allamgny, A. Poirot, P. Bourgeois, G. Faulong, M. Fay, R. Dalsace, R. Masse, P. Camus, L. Hautefort, R. Faure, C. Perineau, E. Marteret, E. Pestel, G. Haton, R. Delapchier, P. Bruzon, J. Bonhoure, de Bergne-Lagarde, E. Peyre, J. Didry, de Douet, A. Soulas, P. Legrand, C. Maffeï, F. Lemiere, H. Rabeau, A. Dufieux, A. Courbe, H. Kahn-Morel, G. Rabourdin, J. Descamps, M. Monnier, A. David, J. Fourmentin, J Leclercq, E. Lauwereyns de Rosendaele, C. Bernard, V. Castel, C. Desoutter, A. Danthuile, L. Vieilledent, R. Landrieux, P. Lemoine, M. Ouvry, A. Le Rasle, R. Auboyer, G. Licourt, G. Panis, A. Aweng, A. Mairet, M. Druhen, E. Lhopitallier, F. Faugeron, F. Lory, A. Dubreuil, A. Raynal, C. Mercier, M. David, H. Briand, L. Roger, P. Gerest; R. Fournier, E. Franck de Préaumont, L. Gibert, L. Poncet, F. Bartoli, H. Hermann, J. Offret, E. Valles, Fanton d'Andon, F. Chapus, Y. Truc, J. Livon, M. Berteaux, M. Monzat de Surel de Saint-Julien, M. Chartier, M. Marceillac, G. Hornus, H. Laporte, J. Calvet, P. Guichot. H. Lasserre, P. Imbaud, J. Creignou, M. Perrin, O. Metzger, M. Cœurdacier, L. Hainault, A. Lelouch, M. Descuns, G. Sfez, H. Renaud, Y. Marion-Gallois, J. Michel, L. Plande-Larroude, P. Martinet, L. Sergeant, S. Paris, de Bernard de Seigneurens, A. Truchetet, G. Stibio, M. Gensolien, P. Desobry, M. Jacques, Sabrie.

Service de santé militaire

Nomination. — M. le médecin général Worms au Centre des Hautes Etudes militaires est nommé, à compter du 1er septembre 1936, directeur du Service de santé de la 1re région à Lille.

Assistants des hôpitaux militaires. — *Section de médecine.* — M. Faure, affecté à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce; M. Paraire, affecté

DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce; M. Duval, affecté à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon; M. Duran, affecté à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon; M. Henry, affecté à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

Section de chirurgie. — M. Surmely, affecté à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce; M. Ormières, affecté à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon; M. Anthoine, affecté à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce; M. Delvoye, affecté à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon; M. Siffre, affecté à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

Section d'électroradiologie. — M. Protar, affecté à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon; M. Conte, affecté à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce; M. Nègre, affecté à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

Service de santé de la marine

Promotions. — Par décret en date du 25 juillet 1936, ont été promus pour compter du 1er août 1936:

Au grade de médecin principal : M. Bonnet, médecin de 1re classe, en remplacement de M. Arrighi, admis à la retraite.

Au grade de médecin de 1re classe : M. Bellonne, médecin de 2e classe, en remplacement de M. Bonnet, promu.

Liste des médecins autorisés à subir les épreuves des concours pour les emplois de chargés de cours dans les Ecoles de médecine navale. — Les médecins de 1re classe dont les noms suivent sont autorisés à subir les épreuves des concours annoncés au *Journal officiel* des 14 novembre 1935 et 21 mai 1936 pour les emplois de chargés de cours dans les Ecoles de médecine navale qui auront lieu à l'hôpital maritime Sainte-Anne, à Toulon, le 22 septembre 1936 :

I. Ecole principale du Service de santé de la marine. — *Physiologie, hygiène et médecine légale* : M. Beauchesne, en service à Toulon.

II. Ecoles annexes. — A. *Histologie et embryologie aux Ecoles annexes de Brest et Rochefort* : MM. Laffere, en service à Cherbourg; Duquaire, en service à Toulon; Gaudin, en service à Bizerte.

B. *Physiologie et séméiologie aux Ecoles annexes de Rochefort et Toulon* : MM. Jaffry, en service à Orly; Chertin, en service à Cherbourg; Bacquet, du croiseur *Marseillaise*.

Tous ces officiers devront être rendus à Toulon le 21 septembre 1936.

Ministère du Travail

Il est institué, au ministère du Travail, une Commission chargée de préparer le barème prévu à l'article 10 (§ 2) du décret-loi susvisé, qui doit être soumis, pour avis, à la section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales.

Sont nommés membres de cette Commission :

MM. les Prs Terrien, Lemaître, Carnot, Gougerot, Mocquot, Brindeau, Mathieu, Bezançon, Loeper, Clerc, de la Faculté de médecine de Paris.

MM. les Drs Alajouanine, Fey, agrégés.

MM. les Drs Cibrie, Hilaire, Perret, O'Followel.

Le secrétariat de la Commission sera assuré par M. le Dr Sibut, assisté de M. Frezouls, sous-chef de bureau au ministère du Travail.

Union internationale contre la tuberculose

Par suite des difficultés actuelles de communications avec le Portugal, la Xe Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose, qui devait se tenir à Lisbonne du 7 au 10 septembre 1936, est remise à une date ultérieure.

Le Gérant : J.-B. BAILLIÈRE

Imp. N. Trécult, 8, rue Danton Paris

DERNIÈRES NOUVELLES

Médecins présents à Paris pendant les vacances

Paris Médical, publie pendant les mois de vacances, les noms, adresses et spécialités de nos confrères restant à Paris.

Dermato-vénéréologie. — M. le Dr Galliot, 74, rue de Rome, a repris ses consultations. — M. le Dr Belgodère, médecin adjoint de Saint-Lazare, 69, rue Rochechouart, ne s'absente pas de Paris.

Médecine générale. — M. le Dr Maurice Bariéty, 77, rue Monceau, est présent à Paris. — M. le Dr Babonneix, médecin de l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher), 50, avenue de Saxe, est absent de fin juillet au 1er octobre. — M. le Pr Lemierre, 3, rue Rabelais, est présent à Paris. — M. le Dr Julien Huber, médecin des hôpitaux, 36, rue du Colisée, est présent. — M. le Dr Ribadeau-Dumas, médecin de la Salpêtrière (crèche), 23, rue François-Ier, sera présent à partir du 15 septembre. — M. le Dr Marcel Perrault, 12, rue des Beaux-Arts (6e), est présent à Paris durant toutes les vacances. — M. le Dr Emile Gilbrin, ancien interne des hôpitaux, 38, rue Lacépède (5e), est présent à Paris pendant tout l'été. — M. le Dr Henri Schaeffer, 170, rue de la Pompe, est présent à Paris.

Médecine générale. - Enfants. — M. le Dr Jacques Odinet, 4, rue de la Renaissance (8e), est présent à Paris jusqu'au 10 septembre. — M. le Dr Maurice Kaplan, 12, rue César-Franck (15e), est présent à Paris.

Médecine générale. - Maladies du foie. — M. Albeaux-Fernet, 85, avenue Henri-Martin (16e), est présent à Paris.

Médecine générale. - Neurologie. — M. le Dr Jean Lereboullet, 52, avenue de Breteuil (7e) est présent à Paris.

Médecine générale. - Endocrinologie, nutrition. — M. le Dr Gilbert-Dreyfus, médecin des hôpitaux de Paris, 21, avenue du Président-Wilson (16e), est absent à partir du 1er septembre.

Médecine générale. - Transfusion. — M. le Dr S. Bachman, 11, rue de Pétrograd (8e) (Europe 55-00) est présent à Paris.

Phtisiologie. — Mme le Dr Marcelle Blanchy, 36, rue Vaneau (7e), est présente à Paris.

Chirurgie. — M. le Dr P.-A. Digeon, 1, place Victor-Hugo (16e), est présent à Paris. — M. le Dr Talheimer, 24, avenue Recteur Poincaré, est à Paris pendant toutes les vacances.

Oto-rhino-laryngologie. — M. le Dr Marcel Wisner, assistant d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, 64, rue de Miromesnil, est présent à Paris.

Electroradiologie. — M. le Dr René Delapchier, 90, rue de Rennes, est absent à partir du 1er septembre.

Nécrologie

Le Dr Emile Dubois, oto-rhino-laryngologiste honoraire de l'Hôtel-Dieu de Blois, chevalier de la Légion d'honneur. — Le Dr Louis Lieutaud (de Marseille). — M. Adolphe Paulet, père de M. le Dr R. Paulet (de la Souterraine-Ambazac). — Le Pr Ast. Vatzatouroff (de Léningrad), directeur de la clinique neurologique de l'Académie de médecine militaire. — Madame Petit, femme de M. le Dr Petit (de Paris). — Madame Gaston Duchesne, veuve du regretté Dr Gaston Duchesne. — M. Ginestous, élève à l'Ecole de l'Air, fils de M. le Dr Etienne Ginestous. — Madame Léon Blamoutier, mère de M. le Dr Pierre

Blamoutier, ancien interne des hôpitaux de Paris, à qui nous exprimons nos sentiments de douloureuse sympathie. — Le médecin inspecteur général Jules Rouget, ancien professeur à l'École du Val-de-Grâce, grand officier de la Légion d'honneur, Croix de guerre. — Le Dr Paul Bellot (de Niort). — Le Dr Fernand Gault, professeur à la Faculté de médecine de Dijon. — Madame Bernard Pujebet, belle-fille de M. le Dr Gérard Pujebet (de Mazamet), nièce de M. le Dr René Desplats (de Lille). — Le Dr Léon Cochez, ancien chirurgien des hôpitaux d'Alger. — Le Dr Forgeot (de Nice). — Le Dr Harry Athill Cruttwall (de Londres), spécialiste des maladies tropicales. — Le Dr Alexandre George Pemberton Gipps, chirurgien de la flotte britannique, décédé à Londres. — Le Pr Albert Carless (de Worthing), professeur émérite de chirurgie au Collège royal de Londres. — Le Pr Joseph Jadassohn, professeur de dermato-vénéréologie à Berne, puis à Breslau, décédé à l'âge de 73 ans. — Le Dr Hamilton Clelland Marr (d'Edimbourg), décédé à l'âge de 66 ans, ancien président de l'Association royale de psychologie médicale. — Le Pr Domenico Marasco, professeur de pathologie chirurgicale à l'Université royale de Naples. — Le Dr John Thomas Hewetson (de Hornsby-Gate, Grande-Bretagne), médecin chef de l'hôpital de Sparkill, décédé à l'âge de 64 ans. — Le Dr Alexandre Brown Ritchie, membre du conseil général de l'Université d'Edimbourg. — Le Dr Harold Batty Shaw, maître de conférences de médecine clinique à l'Ecole de médecine de Londres, décédé à l'âge de 68 ans. — Le Pr Arturo de Redondo y Carranceja (de Madrid), ancien professeur de pathologie médicale à la Faculté de San Carlos. — Le Dr Sir William Hamer (de Londres). — Le Pr Thomas William Pelham Lawrence (de Bexhill, Angleterre), professeur de pathologie à l'Université de Londres. — Le Pr Gonzaburo Takahashi, médecin chef de l'hôpital des chemins de fer Mandchourie. — Le Pr Keiji Okajima, professeur d'anatomie à l'Université médicale Keio à Tokyo, décédé à l'âge de 55 ans. — Le Dr Daviond (de Majunga). — Le Dr Alexandre Dubourg (de Saint-Brieuc).— Le Dr Gallet, sénateur de la Haute-Loire, officier de la Légion d'honneur, Croix de guerre. — Le Dr Georges Faugère (de Saint-Omer). — Le Dr Marmonget (de Chef-Boutonne). — Le Dr François Milhau (de Nîmes). — Le Dr Salles (de Saint-Laurent-de-Cerdans). — — Le Dr Villaret (de Draguignan). — Le Dr Willette (de Dompierre-les-Eglises, Haute-Vienne). — Le Pr Julius Tandler, ancien directeur des services sanitaires de Vienne, décédé à Moscou. — Le Dr Georges Liengme (de Vaumarcus, Suisse). — La Desse Alexandra Mary Chalmers Watson, présidente de la Fédération des femmes médecins de Grande-Bretagne. — Le Dr lieutenant-colonel Robert Knowiu, directeur de l'Ecole de médecine tropicale de Calcutta. — Le Pr Rosolino Clauri, ancien chef du Service de santé militaire de l'armée italienne, décédé à Rome à l'âge de 63 ans. — Le Pr Gaetano Repaci (de Milan), médecin chef du service de pédiatrie de l'hôpital Maggiore, ancien élève de l'Institut Pasteur. — Le Pr Jakob Pal (de Vienne), cardiologue ayant découvert l'action de la papavérine.— Le Pr Hugo Sellheim, professeur d'obstétrique et de gynécologie à l'Université de Leipzig. — Le Pr Cesare Biondi, professeur de médecine légale et industrielle à l'Université de Sienne.

Mariages

M. Olivier Le Sourd, fils de M. le Dr François Le Sourd, chevalier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, et de Madame Francois Le Sourd, et Mlle Evelyne Schanze-Moore. Nous adressons au sympathique directeur de la *Gazette des hôpitaux* et à Mme F. Le Sourd nos bien sincères félicitations et aux jeunes mariés nos meilleurs souhaits. — Mlle Ghyslaine Bazin et M. Bernard Mabille, fils de M. le Dr et de Madame Mabille auxquels nous adressons nos meilleures félicitations. — M. le Dr Maurice Gaucher, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, et Mlle Françoise Monin, externe des hôpitaux de Paris. — Mlle Marie-Elisabeth Vasseur, fille de M. Louis Vasseur, inspecteur général des Ponts-et-Chaussées, officier de la Légion d'honneur, et de Madame Louis Vasseur, et M. Jean Cassel, ingénieur des Arts et Manufactures, fils du Dr Paul Cassel, chevalier de la Légion d'honneur, décédé, et de Madame Cassel. — Mlle Marie-Rose Maréchal, fille de M. le Dr Henry Maréchal, chevalier de la Légion d'honneur, et de Madame Henry Maréchal, et M. Pierre Jardry. — Mlle Eliane David, fille de M. le Dr Charles David, et M. Pierre Weill. — M. le Dr Robert Cadéot, médecin lieutenant au 8e régiment de tirailleurs Tunisiens à Bizerte, fils de M. le Dr et de Madame Cadéot (d'Eauze, Gers), et Mlle Micheline du Suau de la Croix, fille de M. le Dr et de Madame Paul du Suau de la Croix (du Hougat, Gers).

Fiançailles

Mlle Claude Roussel, fille et belle-fille de M. le Dr et de Madame Gaston Roussel, et M. André Hubin. Nous adressons à M. le Dr Gaston Roussel, le sympathique directeur des laboratoires de produits biologiques bien connus, et à Mme Gaston Roussel nos bien sincères félicitations et nos meilleurs souhaits pour les jeunes fiancés.

Naissances

M. le Pr agrégé et Madame Marcel Sendrail font part de la naissance de leur fille Geneviève. — M. le Dr et Madame René Fardet font part de la nais-

DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

sance de leur fille Nicole. — M. le Dr et Madame Louis Grangé, M. le Dr Etienne Ginestous font part de la naissance de leur fils et petit-fils Jacques. — Mlle Christine Bagot, petite-fille de M. le Dr Bagot. (de Roscoff). — M. le Dr et Madame Vandaële font part de la naissance de leur fils Xavier.

Académie de médecine

M. Leclercq (de Lille) a fait savoir à l'Académie qu'il pose sa candidature comme correspondant national dans la troisième division (*Hygiène*).

M. J. Chapman, radiologiste (de Sydney), a fait savoir qu'il pose sa candidature comme correspondant étranger dans la quatrième division (*Sciences biologiques*).

Hôpitaux de Paris

Hôpital de la Pitié. - Service central d'électroradiologie. — Des places d'attachés libres sont réservées aux docteurs en médecine français ou étrangers qui désireraient se perfectionner en électroradiologie.

Une place de secrétaire bénévole est également vacante.

Pour renseignements s'adresser au Dr Delherm, chef du service, 83, boulevard de l'Hôpital. Paris.

Faculté de médecine de Bordeaux

Le concours pour une place de chef de clinique médicale s'est terminé par la nomination du Dr Saric, comme chef de clinique titulaire, et du Dr Lévy, comme chef de clinique adjoint.

Ecole de médecine d'Angers

Un concours pour l'emploi de chef des travaux de bactériologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers s'ouvrira le jeudi 5 novembre 1936, au siège de ladite Ecole.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Hôpitaux de Bordeaux

M. le Dr Duthil a été nommé médecin ophtalmologiste adjoint du service de l'assistance médicale gratuite.

M. le Dr Philipp a été nommé oto-rhino-laryngologiste adjoint du même service.

Hôpitaux de Marseille

M. le Dr Antoine Recordier a été nommé médecin adjoint des hôpitaux de Marseille.

Hôpitaux de Valence

Le lundi 12 octobre 1936 s'ouvrira à l'Ecole de médecine de Grenoble un concours pour la nomination d'un chirurgien adjoint et d'un chirurgien suppléant aux hospices civils de Valence.

Le registre d'inscription sera ouvert le 21 septembre et clos le 5 octobre 1936, au secrétariat général de Valence qui fournit tous renseignements.

Hôpitaux de Semur

M. le Dr Pierre Brion a été nommé médecin titulaire de l'hôpital de Semur.

M. le Dr Picard a été nommé chirurgien et chargé du service de la maternité.

Hôpitaux de Reims

Concours de l'externat. — Un concours pour le nombre des places disponibles d'externes en médecine s'ouvrira à l'hôpital civil de Reims, le vendredi 16 octobre 1936, à 9 heures du matin.

Admission au concours. — Peuvent être admis au concours, les étudiants en médecine titulaires de quatre inscriptions.

Avantages. — Les externes français et étrangers sont nommés pour deux ans; toutefois tout externe qui ne se présentera pas au concours de l'internat à l'expiration de sa première année d'externat pourra subir la déchéance.

Les externes français reçoivent une indemnité annuelle de 500 francs et les externes étrangers une indemnité annuelle de 360 francs.

Epreuves. — Composition écrite sur un sujet de

*

pathologie élémentaire médicale ou chirurgicale. Coefficient : 20.

Question orale d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angéiologie). Coefficient : 20.

Epreuve orale de petite chirurgie. Coefficient: 10.

Pièces à fournir : Certificat d'inscription, certificat de vaccination récente.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 6 octobre inclus, au secrétariat des hospices, 1, place Museux.

Concours de l'internat. — Un concours pour 4 places d'internes en médecine et 2 à titre « étrangers » s'ouvrira le mardi 13 octobre 1936, à 9 heures du matin à l'hôpital civil.

Admission au concours. — Peuvent être admis au concours :

1° Les externes des hôpitaux de Reims.

2° Les étudiants en médecine appartenant aux Facultés et Ecoles françaises ayant été nommés au concours, externes des hôpitaux du siège des Facultés ou Ecoles.

Ils devront en outre remplir les conditions suivantes :

1° Etre âgés de 20 ans au moins et de 28 ans au plus.

2° Justifier de 8 inscriptions valables pour le doctorat en médecine.

3° Tout candidat étranger à l'Ecole de Reims devra présenter un certificat de la Commission administrative des hospices auxquels il a été attaché, constatant qu'il a rempli ses devoirs avec exactitude et à la satisfaction de ses chefs.

Avantages. — Les internes français qui devront se soumettre à tous les règlements établis ou qu'établirait l'Administration des hospices, recevront, outre un traitement mensuel de 100 francs, une indemnité représentative de logement et de nourriture de 300 francs par mois, et les étrangers un traitement qui sera déterminé par la Commission administrative.

Des indemnités exceptionnelles peuvent être accordées à titre de bourse aux élèves internes dont le travail, la bonne tenue et la situation de famille justifieraient cette allocation.

Prix de l'internat. — La Commission des hospices a décidé, par délibération du 10 août 1931, la création d'un prix de l'internat d'une valeur de 300 fr. destiné à récompenser celui des internes qui aura accompli ses fonctions jusqu'à leur terme avec le plus de zèle et d'assiduité.

Epreuves. — Le programme du concours comporte deux séries d'épreuves :

a) Composition écrite sur un sujet d'anatomie et un sujet de physiologie (trois heures).

b) Epreuve orale sur un sujet de pathologie interne et un sujet de pathologie externe (dix minutes pour l'exposé des questions après dix minutes de réflexion).

Ces épreuves donneront lieu à l'attribution de quatre notes répondant respectivement aux questions d'anatomie, de physiologie, de pathologie interne et de pathologie externe.

Un même coefficient sera appliqué à chacune de ces notes.

Inscriptions - Formalités d'inscriptions. — Les candidats se feront inscrire au secrétariat des hospices, 1, place Museux. Les inscriptions devront être parvenues le 3 octobre au soir au plus tard. Passé ce délai, nul ne sera inscrit.

Chaque candidat devra fournir :

1° Son acte de naissance.

2° Un certificat de revaccination récente.

3° Un extrait certifié de son état de scolarité.

Hôpitaux de Rouen

Concours pour la nomination de deux chirurgiens adjoints. — Un concours aura lieu le 19 novembre 1936 pour la nomination de deux chirurgiens adjoints.

Les candidats doivent être français ou naturalisés français, âgés de 25 ans révolus et pourvus depuis deux années au moins du diplôme français de docteur en médecine. Ils devront se faire inscrire à la direction, enclave de l'hôpital général, avant le 24 octobre 1936.

Concours de l'internat des hôpitaux de Rouen. — Un concours aura lieu le 12 novembre 1936 pour la nomination à quatre places d'internes titulaires et une place d'interne provisoire en médecine dans les hôpitaux de Rouen.

Les candidats doivent être âgés de 20 ans au moins et de 28 ans au plus, être pourvus de huit inscriptions de doctorat, ainsi que du titre d'externe décerné au concours et justifier de deux années de stage dans un hôpital.

Ils devront se faire inscrire au secrétariat des hospices avant le 27 octobre.

Hôpital de Mostaganem

Un concours sur titres est ouvert à Alger, le 16 novembre 1936, pour le recrutement d'un chirurgien adjoint à l'hôpital de Mostaganem. La liste des candidats sera close le 26 septembre 1936.

S'adresser au Gouvernement général de l'Algérie, direction de la Santé publique.

Maison de Saint-Lazare

Concours pour l'admission à deux emplois de médecin. — Un concours est ouvert pour l'admission à deux emplois de médecin à la Maison de Saint-Lazare.

Il s'ouvrira à la Préfecture de police le vendredi

DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

20 novembre 1936 et se continuera les jours suivants, soit à la Préfecture de police, soit dans un hôpital qui sera désigné ultérieurement.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert dès maintenant à la Préfecture de Police (sous-direction du personnel), et sera clos le samedi 17 octobre 1936.

Les candidats devront justifier de la qualité de français, posséder le diplôme d'Etat de docteur en médecine et être âgés de moins de 35 ans au 1er janvier 1936 (cette limite d'âge sera reculée d'autant de temps que les intéressés en auront passé sous les drapeaux pendant la guerre ou au titre du service militaire légal).

Les candidats hommes doivent avoir satisfait à la loi sur le recrutement.

Les candidats devront déposer, en même temps qu'un extrait de leur acte de naissance, leur diplôme de docteur en médecine, leurs états de services militaires et une note donnant l'indication précise de leurs titres universitaires, scientifiques et hospitaliers. Cette note comprendra obligatoirement l'énumération des services médicaux ou chirurgicaux, civils et militaires, avec certificats officiels à l'appui.

La liste des candidats sera soumise à l'agrément préalable du Préfet de Police.

Tous liens de parenté ou d'alliance entre un des concurrents et un membre du jury devront être signalés à l'Administration en vue de la modification du jury.

Les candidats admis sont en principe affectés au Dispensaire de salubrité en qualité de médecin-adjoints

Académie de médecine de Belgique

M. le Pr Georges Portmann a été élu membre de l'Académie de médecine de Belgique.

Asiles d'aliénés

M. le Dr Duchêne, médecin chef de l'asile de Lorquin (Moselle), est nommé médecin chef de service à l'établissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais (Loiret).

Mme le Dr Masson, médecin directeur à l'asile de Saint-Alban (Lozère), est nommée médecin chef de service à l'asile de Naugeat (Haute-Vienne).

Création d'un second poste de médecin chef à l'asile d'aliénés de Saint-Alban. — La commission de surveillance de l'asile public d'aliénés de Saint-Alban (Lozère) vient d'approuver la création d'un deuxième poste de médecin chef. Elle a exprimé également le vœu que l'agrandissement (six pavillons) du service d'enfants anormaux créé en 1933 par Mme le Dr Masson, directrice de l'asile, et la reconstruction des pavillons du service des femmes, projets récemment approuvés par le conseil général, soient rapidement réalisés, en même temps que le service ouvert, la consultation psychiatrique et le laboratoire dont la création a été récemment envisagée.

Ecole du Service de santé de la marine de Bordeaux

M. le médecin en chef de 2e classe Ferret a été nommé sous-directeur de l'Ecole

Service sanitaire du port de La Rochelle

M. le Dr Etienne Loppé a été nommé médecin titulaire du service sanitaire du port de La Rochelle.

Médecin ophtalmologiste de l'Assistance médicale gratuite en Tunisie

Un concours sur titres est ouvert à la Direction de l'Intérieur pour la nomination d'un médecin optalmologiste à Gabès.

Les candidats doivent être :

1° Français ou Tunisiens;

2° Agés de moins de 45 ans à la date du concours;

3° Pourvus du diplôme de docteur en médecine d'Etat français;

4° Avoir satisfait aux obligations militaires;

5° Etre pourvus d'un certificat d'aptitude physique délivré par deux médecins assermentés.

Les candidats devront justifier d'une préparation suffisante de leur spécialité par des travaux scientifiques, des stages ou des services antérieurs.

Ils seront tenus d'accomplir une année de stage rémunérée. A l'expiration de ce stage, ils pourront



DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

être engagés par contrat pour une période de dix années renouvelable.

Ils recevront une indemnité annuelle de 50.000 francs. A défaut de logement en nature, ils percevront une indemnité dite de logement, dont le montant ne pourra excéder 6.000 francs par an.

Il est interdit aux médecins optalmologistes de l'Assistance médicale gratuite de faire de la clientèle à titre onéreux.

Les dossiers devront être déposés à la Direction de l'Intérieur (Service de la Santé), à Tunis, avant le 15 novembre 1936, dernier délai.

La date d'entrée en fonctions est fixée au 1er janvier 1937.

La Direction de l'Intérieur se réserve le droit de recruter deux médecins optalmologistes en plus du poste mis au concours.

Le colonel Philippe Bunau-Varilla va recevoir la grande médaille de la Ville de Paris

Sur l'initiative de M. Robert Bos, et de plusieurs de ses collègues, le bureau du Conseil municipal vient de décider que la grande médaille de la Ville de Paris serait remise au colonel Philippe Bunau-Varilla, en témoignage de gratitude pour les heureux résultats obtenus dans le domaine de l'hygiène par l'application du procédé de la verdunisation, déstinée, comme on le sait, à stériliser les eaux.

Cette remise aura lieu le 10 septembre, à 11 heures, au cours d'une cérémonie qui se déroulera à l'Hôtel de Ville.

Journée médicale à Niort

La commission administrative de l'hôpital organise, pour le 18 octobre prochain, en plein accord avec le syndicat médical des Deux-Sèvres, une Journée médicale où seront mises à l'ordre du jour deux questions, l'une administrative : Comment doit-on envisager actuellement l'hospitalisation; l'autre médicale : Le traitement médico-chirurgical des ulcères duodénaux.

Monument Golgi

Un monument à la mémoire de Camille Golgi, l'illustre neurologiste et histologiste italien, a été inauguré à l'Université de Pavie, en présence de S. A. R. le Prince de Piémont.

Médecin des hôpitaux maritimes

Le Dr André, chargé de cours à l'Ecole principale du service de santé de la marine, assistant de médecine coloniale et clinique des maladies exotiques à Faculté de médecine de Bordeaux, vient d'être reçu, après concours, médecin des hôpitaux maritimes.

Le Gérant : J.-B. BAILLIÈRE

Imp. N. Trécult, 8, rue Danton, Paris

DERNIÈRES NOUVELLES

Médecins présents à Paris pendant les vacances

Paris Médical, publie pendant les mois de vacances, les noms, adresses et spécialités de nos confrères restant à Paris.

Dermato-vénéréologie. — M. le Dr Galliot, 74, rue de Rome, a repris ses consultations. — M. le Dr Belgodère, médecin adjoint de Saint-Lazare, 69, rue Rochechouart, ne s'absente pas de Paris.

Médecine générale. — M. le Dr Maurice Bariéty, 77, rue Monceau, est présent à Paris. — M. le Dr Babonneix, médecin de l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher), 50, avenue de Saxe, est absent de fin juillet au 1er octobre. — M. le Pr Lemierre, 3, rue Rabelais, est présent à Paris. — M. le Dr Julien Huber, médecin des hôpitaux, 36, rue du Colisée, est présent. — M. le Dr Ribadeau-Dumas, médecin de la Salpêtrière (crèche), 23, rue François-Ier, sera présent à partir du 15 septembre. — M. le Dr Marcel Perrault, 12, rue des Beaux-Arts (6e), est présent à Paris durant toutes les vacances. — M. le Dr Emile Gilbrin, ancien interne des hôpitaux, 38, rue Lacépède (5e), est présent à Paris pendant tout l'été. — M. le Dr Henri Schaeffer, 170, rue de la Pompe, est présent à Paris.

Médecine générale. - Enfants. — M. le Dr Jacques Odinet, 4, rue de la Renaissance (8e), est présent à Paris jusqu'au 10 septembre. — M. le Dr Maurice Kaplan, 12, rue César-Franck (15e), est présent à Paris.

Médecine générale. - Maladies du foie. — M. Albeaux-Fernet, 85, avenue Henri-Martin (16e), est présent à Paris.

Médecine générale. - Neurologie. — M. le Dr Jean Lereboullet, 52, avenue de Breteuil (7e) est présent à Paris.

Médecine générale. - Endocrinologie, nutrition. — M. le Dr Gilbert-Dreyfus, médecin des hôpitaux de Paris, 21, avenue du Président-Wilson (16e), est absent à partir du 1er septembre.

Médecine générale. - Transfusion. — M. le Dr S. Bachman, 11, rue de Pétrograd (8e) (Europe 55-00) est présent à Paris.

Phtisiologie. — Mme le Dr Marcelle Blanchy, 36, rue Vaneau (7e), est présente à Paris.

Chirurgie. — M. le Dr P.-A. Digeon, 1, place Victor-Hugo (16e), est présent à Paris. — M. le Dr Talheimer, 24, avenue Recteur Poincaré, est à Paris pendant toutes les vacances.

Oto-rhino-laryngologie. — M. le Dr Marcel Wisner, assistant d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, 64, rue de Miromesnil, est présent à Paris.

Electroradiologie. — M. le Dr René Delapchier, 90, rue de Rennes, est absent à partir du 1er septembre.

Nécrologie

Sir Arnold Theiler, vétérinaire bactériologiste, ancien élève de l'Institut Pasteur de Paris. — Le Dr Priem, agrégé de l'Université, professeur honoraire au lycée Henri IV, décédé à l'âge de 94 ans. — Le Dr Georges de Schuttelaere, médecin lieutenant-colonel en retraite. — Madame veuve Alphonse Fournier, belle-mère et mère de M. le Dr Julien Huber, officier de la Légion d'honneur, médecin des hôpitaux de Paris, et de Madame Julien Huber, grand-mère de M. Jean Huber, externe des hôpitaux de Paris. Nos sentiments de douloureuse sympathie à Messieurs et à Madame Huber. — Le Dr Alphonse

Hannecart, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Gilles à Bruxelles, père de M. le D[r] Jean Hannecart. — Le D[r] E. Depas, oculiste à Liége. — Le D[r] Matray (de Liége). — Madame Andrée Roche, chargée de cours à la Faculté de médecine de Marseille, femme de M. le P[r] Jean Roche, décédée à l'âge de 36 ans. — Madame Albert-Abel Révillon, mère et belle-mère de M. le P[r] Raymond Grégoire, professeur à la Faculté de médecine de Paris, officier de la Légion d'honneur, et de Madame Raymond Grégoire, nous leur adressons l'expression de notre douloureuse sympathie. — Le D[r] Stephani (de Nice), ancien interne des hôpitaux de Lyon. — Le D[r] Henri Reure (de Saint-Alban). — Le P[r] Sauvageau, professeur honoraire de botanique à la Faculté des sciences de Bordeaux, chevalier de la Légion d'honneur. — Lord Moynihan, chirurgien anglais bien connu, en particulier par ses travaux sur le cancer, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Leeds à l'âge de 70 ans.

Mariages

M. le D[r] Joseph Berthier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Marseille, médecin des hôpitaux, Croix de guerre, et M[lle] Paule Butru. — M. Jean Masquin, interne des hôpitaux de Lyon, fils de M. le D[r] André Masquin (de Saint-Didier, Vaucluse), et M[lle] Janick Drevon fille de M. le D[r] Paul Drevon (de Marseille). — M. le D[r] André Appaix, oto-rhino-laryngologiste, ancien interne des hôpitaux de Marseille, et M[lle] Yvonne Gaillard-Boyenval. — M. Jacques Boudouresques, interne des hôpitaux de Marseille, fils de M. le D[r] Boudouresques (de Saint-Bauzille, Hérault), et M[lle] Marie Lauze.

Faculté de médecine de Marseille

Résultats des Concours des Prix pour l'année scolaire 1935-1936. — MÉDECINE. — *2e année :* MM. Giannoli, 2e prix; Stéphanopoli de Comnène, mention honorable.

3e année : MM. Guérin, 1er prix; Chiaverini, 2e prix; Khayat, mention honorable.

4e année : MM. Bonnefoi et Buerle, 2 prix ex-æquo; Gaujoux, mention honorable.

5e année : MM Robert (Jean), 1er prix; Poitrot, mention honorable.

PHARMACIE. — *1re année* : M[lle] Loupy, mention honorable.

2e année : MM. Harmel, 1er prix; Marcelet, mention honorable.

3e année : MM. Fernand et Petit, 1er prix ex-æquo; Pagnon, mention honorable.

4e année : MM. Mourgue, 2e prix; Morena, mention honorable.

Hospices civils de Belfort

Deux postes d'internes seront vacants à l'hôpital civil de Belfort pour le mois d'octobre prochain.

Admission après concours sur titres, réservé aux étudiants français ayant au moins 16 inscriptions, externes des hôpitaux, et de préférence parmi les admissibles à l'internat des villes de Faculté, sur la proposition du doyen de la Faculté. Engagement minimum d'un an; 400 francs par mois, nourri, logé, blanchi; un mois de congé par an.

Pour tous renseignements complémentaires, écrire au directeur de l'établissement.

Hôpitaux de Nevers

Un concours sur titres est actuellement ouvert pour le poste de médecin de l'hôpital de Nevers, chargé du laboratoire de biologie.

Les candidats devront avoir déposé leurs titres et diplômes avant le 15 septembre 1936.

Hôpital de Mostaganem

Un concours sur titres est ouvert à Alger, le 16 novembre 1936, pour le recrutement d'un chirurgien adjoint à l'hôpital de Mostaganem. La liste des candidats sera close le 26 septembre 1936.

S'adresser au Gouvernement général de l'Algérie, direction de la Santé publique.

Hôpitaux d'Algérie

Un concours sur épreuves sera ouvert à Alger, le 3 novembre 1936, pour le recrutement d'un médecin adjoint à l'hôpital de Souk-Ahras.

Des concours sur titres seront ouverts à Alger : le 12 novembre 1936, pour le recrutement d'un médecin adjoint à l'hôpital de Cherchell; le 30 novembre 1936, pour le recrutement d'un médecin adjoint à l'hôpital de Bône; les 19, 23 et 25 novembre 1936, pour le recrutement de pharmaciens pour les hôpitaux d'Orléansville, Mostaganem et de Miliana.

Concours d'inspection des Ecoles du Loiret

Il est ouvert, dans le département du Loiret, un concours sur titres pour la nomination de deux médecins inspecteurs des écoles.

Les candidats des deux sexes devront être français, âgés de vingt-cinq ans au moins et trente-cinq ans au plus (cette limite d'âge sera reculée d'un nombre d'années égal au temps passé sous les drapeaux pendant la guerre 1914-1918), être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat).

Les candidats du sexe masculin devront avoir satisfait à la loi militaire.

Le diplôme d'un Institut d'hygiène de Faculté française, les stages dans les services d'enfants, de

tuberculose, les années d'internat dans les hôpitaux seront considérés commes des titres spéciaux.

Le traitement va de 36.000 à 42.000 francs. Il s'y ajoute les avantages consentis aux agents du département (indemnité de résidence ou de logement, charges de famille). Les frais de déplacement sont fixés à 12.000 francs.

Les demandes, rédigées sur timbre, devront être envoyées dans le plus bref délai au préfet du Loiret (inspection départementale d'hygiène), à qui il convient de s'adresser pour obtenir tous renseignements complémentaires, notamment la liste des pièces à fournir par les candidats.

Service de santé de la marine

Les élèves du Service de santé de la marine ci-après désignés, reçus docteurs en médecine, ont été nommés aux emplois de médecin de 3e classe auxiliaire (application du décret du 6 février 1923) :

Pour compter du 9 juillet 1936 : M. Laurent (Pierre).

Pour compter du 16 juillet 1936 : M. Moevus (Jean).

Pour compter du 18 juillet 1936 : M. Miniconi (Jérôme).

Pour compter du 23 juillet 1936 : M. Rolland (Albert).

Pour compter du 28 juillet 1936 : MM. Arvor (Francis), Bareille (Max), Chauderon (Jacques), Faure (Gabriel), Richard (Jehan).

Pour compter du 30 juillet 1936 : MM. Chauvin (Louis), de Dieuleveult (Hervé), Peyron (Jacques).

Mission du Pr Achard en Afrique occidentale française

M. le Pr Achard, membre de l'Institut, secrétaire général de l'Académie de médecine, est chargé d'une mission en Afrique occidentale française pour y examiner sur place la réorganisation sanitaire de la colonie.

M. Achard aura droit au remboursement, au compte du budget de l'Afrique occidentale française, de ses frais de transport Paris-Dakar et retour en 1re classe.

Pendant la durée effective du temps passé en mission par M. Achard, dans les diverses colonies relevant de la fédération, les moyens de transport et d'habitat seront également fournis à ce professeur.

Prix des étudiants du Comité médical des Bouches-du-Rhône

Ce prix a été décerné à M. le Dr André Jouve.

IIIe Congrès international du Paludisme

La situation actuelle en Espagne oblige à ajourner la date de réunion du IIIe Congrès international du Paludisme qui avait été fixée au 12 octobre prochain.

D'accord avec le président du Comité permanent international du Paludisme, les organisateurs espagnols espèrent être en mesure de fixer et de communiquer en son temps la nouvelle date de réunion du Congrès au printemps ou l'été 1937.

Toutes les inscriptions déjà effectuées seront valables pour assister au Congrès quelque soit la date accordée.

A partir du moment ou la nouvelle convocation sera connue et publiée, les membres inscrits de toutes catégories, ne pouvant pas y assister étant donné le changement de date, pourront réclamer la dévolution de la quantité relative à leur inscription.

Madrid, le 20 août 1936. Le secrétaire général : Dr E. Luengo.

XLVe Congrès français de chirurgie

Ce Congrès se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du lundi 5 au samedi 10 octobre prochain, sous la présidence du médecin général inspecteur Henri Rouvillois. Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° *La pneumectomie.* — Rapporteurs : MM. Robert Monod (Paris) et Bonniot (Grenoble).

2° *Résultats des greffes ovariennes.* — Rapporteurs : MM. Mocquot (Paris) et Cotte (Lyon).

3° *La chirurgie chez les diabétiques.* — Rapporteurs : MM. Pierre Fredet (Paris) et Georges Jeanneney (Bordeaux).

Le jeudi 8 octobre après-midi aura lieu une démonstration par films. Ces films doivent être inédits et inscrits au programme dans les mêmes conditions que les communications.

Les titres des communications doivent être envoyés et les renseignements demandés à M. A. Vulliod, secrétaire administratif de l'Association française de chirurgie, 2, rue de Seine, à Paris (6e).

IIe Congrès international de gastro-entérologie

Ce Congrès se tiendra à Paris les 13, 14 et 15 septembre 1937, sous la présidence de M. le Pr Pierre Duvalau. Deux questions seront étudiées :

1° Le diagnostic précoce du cancer gastrique, sous la présidence des Prs P. Duval et Gosset (de Paris) et du Pr Konjetzny (de Berlin).

2° L'occlusion aiguë et chronique du grêle (les rapporteurs ont été choisis en Angleterre, en Belgique, etc...).

Société française de gynécologie en Italie

Répondant à l'invitation de la Société italienne

DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

de gynécologie, la Société française de gynécologie se rendra en octobre prochain à Milan pour assister au « Congrès italien de gynécologie ». A cette occasion, un voyage est organisé au cours duquel Turin, Milan et Venise seront visitées. Concentration à Modane le 10 octobre, retour le 15. Le prix de ce voyage est très réduit.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Maurice Fabre, secrétaire général de la Société française de gynécologie, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (IXe).

Institut scientifique panrusse du bactériophage

En 1937, on inaugurera à Tiflis l'Institut scientifique panrusse pour l'étude du bactériophage qui sera dirigé par le Pr Félix d'Hérelle, le créateur de la théorie de la bactériophagie.

Le Gérant : J.-B. BAILLIÈRE

Imp. N. Tréoult, 8, rue Danton, Paris

DERNIÈRES NOUVELLES

Médecins présents à Paris pendant les vacances

Paris Médical, publie pendant les mois de vacances, les noms, adresses et spécialités de nos confrères restant à Paris.

Dermato-vénéréologie. — M. le Dr Galliot, 74, rue de Rome, a repris ses consultations. — M. le Dr Belgodère, médecin adjoint de Saint-Lazare, 69, rue Rochechouart, ne s'absente pas de Paris.

Médecine générale. — M. le Dr Maurice Bariéty, 77, rue Monceau, est présent à Paris. — M. le Dr Babonneix, médecin de l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher), 50, avenue de Saxe, est absent jusqu'au 1er octobre. — M. le Pr Lemierre, 3, rue Rabelais, est présent à Paris. — M. le Dr Julien Huber, médecin des hôpitaux, 36, rue du Colisée, est présent. — M. le Dr Ribadeau-Dumas, médecin de la Salpêtrière (crèche), 23, rue François-Ier, est présent à Paris. — M. le Dr Marcel Perrault, 12, rue des Beaux-Arts (6e), est présent à Paris durant toutes les vacances. — M. le Dr Emile Gilbrin, ancien interne des hôpitaux, 38, rue Lacépède (5e), est présent à Paris pendant tout l'été. — M. le Dr Henri Schaeffer, 170, rue de la Pompe, est présent à Paris.

Médecine générale. - Enfants. — M. le Dr Jacques Odinet, 4, rue de la Renaissance (8e), est absent. — M. le Dr Maurice Kaplan, 12, rue César-Franck (15e), est présent à Paris.

Médecine générale. - Maladies du foie. — M. Albeaux-Fernet, 85, avenue Henri-Martin (16e), est présent à Paris.

Médecine générale. - Neurologie. — M. le Dr Jean Lereboullet, 52, avenue de Breteuil (7e) est présent à Paris.

Médecine générale. - Endocrinologie, nutrition. — M. le Dr Gilbert-Dreyfus, médecin des hôpitaux de Paris, 21, avenue du Président-Wilson (16e), est absent depuis le 1er septembre.

Médecine générale. - Transfusion. — M. le Dr S. Bachman, 11, rue de Pétrograd (8e) (Europe 55-00) est présent à Paris.

Phtisiologie. — Mme le Dr Marcelle Blanchy, 36, rue Vaneau (7e), est présente à Paris.

Chirurgie. — M. le Dr P.-A. Digeon, 1, place Victor-Hugo (16e), est présent à Paris. — M. le Dr Talheimer, 24, avenue Recteur Poincaré, est à Paris pendant toutes les vacances.

Oto-rhino-laryngologie. — M. le Dr Marcel Wisner, assistant d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, 64, rue de Miromesnil, est présent à Paris.

Electroradiologie. — M. le Dr René Delapchier, 90, rue de Rennes, est absent depuis le 1er septembre.

Nécrologie

Le Dr Mérigot de Treigny, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Joseph. — Madame veuve Léopold Dejace, veuve du Dr Léopold Dejace qui fut longtemps le Directeur du *Scalpel*. — Le Dr Julien Coste (de Jausiers, Basses-Alpes). — Le Dr Alphonse Drouin (du Mans). — Le Dr Hondot (d'Olargues). — Le Dr Huot (de Dijon). — Le Dr François Isoard (de Paris), décédé à l'âge de 67 ans. — Le Dr Jamet (de Blangy-le-Château, Calvados). — Le Dr Louvau (d'Oran). — Le Dr Pégurier (de Nice). — Le Dr Maurice Rosenthal (d'Alger). — Le Dr André Veillon (de Poitiers). — Le Dr Marcel Vaillié (de Tarascon). — M. Charlet fils, externe des hôpitaux, décédé au cours d'un accident d'aviation. — La Baronne de

Parrel, décédée à Antibes le 7 septembre 1936, dans sa 79e année, veuve du Dr de Parrel, chirurgien de l'hôpital de Dieppe, et mère de M. le Dr Gérard de Parrel (de Paris), auquel nous adressons toutes nos condoléances. — Le Dr Lodewijck, conseiller communal à Jodoigne (Belgique), décédée à l'âge de 44 ans. — Le Pr F. Bordas, professeur au Collège de France, commandeur de la Légion d'honneur, directeur honoraire du laboratoire du ministère des Finances, membre du Conseil supérieur d'hygiène, directeur des Annales d'hygiène publique, industrielle et sociale, fondateur de la Société d'hygiène publique, industrielle et sociale, décédé à l'âge de 76 ans en Avignon, chez son fils, M. Jean Bordas, directeur de la Station agronomique d'Avignon; il était aussi le père de M. le Dr P. Bordas, ancien interne des hôpitaux de Paris. Il avait été le collaborateur de Paul Brouardel, d'Eugène Roux, de D'Arsonval. Nous adressons à Madame F. Bordas et à ses fils l'expression de notre douloureuse sympathie. — M. Albert Doisneau, beau-père de M. le Dr Henry Monnier, radiologue à la Faculté libre de médecine de Lille. — Le Dr Burguet (de Seraing), décédé à l'âge de 31 ans. — Le Dr Théophile Robinet (de Bruxelles), commandeur de l'ordre de Léopold II et officier de l'ordre de Léopold, décédé à l'âge de 78 ans. — Le Pr Amédée Borrel, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, directeur de l'Institut de bactériologie de Strasbourg, membre du Conseil scientifique de l'Institut Pasteur de Paris, commandeur de la Légion d'honneur.

Mariages

M. le Dr Bernard Menetrel, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, fils du Dr Louis Menetrel, commandeur de la Légion d'honneur, décédé, et de Madame Louis Menetrel, et Mlle Aline Montcocol. — M. le Dr Paul Leduc (de Bruxelles) et Mlle Hilda van Roey. — M. le Dr Germain Gamelin, ancien interne à l'hôpital Saint-Philibert, et Mlle Sidonie Servais. — M. le Dr Henri Maes (de Tirlemont), et Mlle Léa Dumoulin.

Naissances

Geneviève, Bernadette, François, Claude, Sabine et Jeanne Forestier, fils et filles de M. le Dr Jacques Forestier (d'Aix-les-Bains), et de Madame, née Chapuis, sont heureux de vous faire part de la naissance de leur petite sœur Hélène.

Hôpitaux de Paris

Concours de l'externat — L'ouverture du concours de l'externat des hôpitaux de Paris aura lieu le vendredi 11 décembre 1936, à 9 heures 30, au Parc des Expositions (Porte de Versailles, Paris 15e).

L'entrée en fonctions des nouveaux externes aura lieu le 1er mai 1937.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, depuis le mardi 3 novembre jusqu'au mercredi 25 novembre 1936 inclusivement.

Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs de la carte d'identité et du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours.

Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

Concours du prix de l'internat en médecine (médaille d'or. — L'ouverture de ce concours aura lieu le lundi 18 janvier 1937, à 9 heures, à la salle des concours de l'Administration, 49, rue Saints-Pères.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration, tous les jours, de 14 à 17 heures, du mardi 3 au samedi 14 novembre 1936 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au bureau du Service de santé au plus tard le samedi 14 novembre 1936, à 17 heures, dernier délai.

Concours du prix de l'internat en chirurgie et accouchement. — L'ouverture de ce concours aura lieu le jeudi 21 janvier 1937, à 9 heures, à la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration, tous les jours, de 14 à 17 heures, du mardi 3 au samedi 14 novembre 1936 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au bureau du Service de santé au plus tard le samedi 14 novembre 1936, à 17 heures, dernier délai.

Facultés de médecine

Concours d'agrégation. — Sont nommés agrégés pour une période de neuf ans :

FACULTÉ DE PARIS. — *Médecine générale :* MM. de Gennes, Bariéty, Coste, Lelong, Mollaret.

Chirurgie générale : MM. Ameline, Menégaux, Funck.

Ophtalmologie : M. Renard.

FACULTÉ D'AIX-MARSEILLE. — *Histoire naturelle et Parasitologie* : M. Sautet.

DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Médecine générale : M. Brahic.

Chirurgie générale : M. Figarella.

Physique : M. Dubouloz.

Histoire naturelle pharmaceutique : M. Balansard.

Faculté d'Alger. — *Chimie médicale*: M. Machebœuf.

Chirurgie générale : M. Sabadini.

Histoire naturelle pharmaceutique : M. Roques.

Pharmacie : M, Monnet.

Faculté de Bordeaux. — *Médecine générale* : MM. Broustet, Dervillée.

Chirurgie générale : MM. Masse, Darget.

Faculté de Lille. — *Anatomie* : M. Couloumа.

Histologie : M. Morel.

Histoire naturelle et parasitologie : M. Coutelen.

Médecine générale : M. Huriez.

Histoire naturelle pharmaceutique : M. Dehay.

Faculté de Lyon. — *Physiologie* : M. Morin.

Médecine générale : MM. Croizat, Delore, Josserand, Levrat.

Chirurgie : MM. Bertrand, Clavel.

Faculté de Montpellier. — *Médecine générale* : M. Rimbaud.

Ophtalmologie : M. Dejean.

Faculté de Nancy. — *Médecine générale* : M. Kissel.

Faculté de Toulouse. — *Médecine générale* : MM. Andrieu, Desforges-Mériel.

Chirurgie : M. Fabre.

Obstétrique : M. Guilhem.

Ecole de médecine d'Hanoï. — *Anatomie* : M. Huard.

Médecine générale : M. Massias.

Chirurgie générale : M. Meyer-May.

Obstétrique : M. Daléas.

Hôpitaux d'Angers

Après concours MM. Hy et Le Rochais ont été nommés médecins adjoints à l'Hôtel-Dieu.

Hôpitaux de Roubaix

Concours de médecin chef de laboratoire à l'hôpital de la Fraternité. — Un concours sur titres est actuellement ouvert pour la nomination d'un médecin chef de laboratoire, à l'hôpital de la Fraternité de Roubaix.

Les candidatures devront parvenir avant le 15 octobre 1936, au bureau du Secrétariat des hospices, 37, rue de Blanchemaille, à Roubaix.

Le dossier des postulants comprendra :

a) Leur acte de naissance.

b) Leur diplôme de docteur en médecine.

c) Une pièce justificative de leur résidence et un certificat de bonnes vie et mœurs.

d) Une notice sur les services antérieurs, civils et militaires, s'il y a lieu.

e) Un exposé détaillé de leurs titres et travaux.

Tous renseignements utiles seront fournis sur demande adressée au secrétariat des hospices, 37, rue Blanchemaille, à Roubaix.

Concours de Professeur agrégé dans les Ecoles de médecine navale

Un concours pour l'obtention du titre de professeur agrégé dans les Ecoles de médecine navale aura lieu courant du mois de juin 1937 à une date qui sera fixée ultérieurement, en vue de la nomination d'un titulaire dans la catégorie : Bactériologie, hygiène.

Conseiller technique sanitaire

Par arrêté du ministre de la Santé publique, M. le Dr Raymond Weissenbach, médecin à l'hôpital Saint-Louis, a été nommé conseiller technique sanitaire non rétribué du ministère de la Santé publique.

Asiles publics d'aliénés de la Seine

Concours de l'internat en médecine. — Un concours pour quatre places d'internes en médecine titulaires et la désignation d'internes provisoires des asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de police et l'hôpital Henri-Rousselle (service de prophylaxie mentale), s'ouvrira à Paris, le 22 octobre 1936.

Le nombre des places mises au concours pourra, si besoin en est, être augmenté avant la clôture des opérations.

DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Asiles d'aliénés

Un poste de médecin chef de service est vacant à l'asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne), par suite du départ de Mlle le Dr Derombies.

Service de santé militaire

Le médecin général Gay-Bonnet, sous-directeur du S. S. de la région de Paris, est nommé inspecteur permanent du matériel et des établissements du S.S. militaire.

Service de santé de la marine

Sont promus :

Au grade de médecin en chef de 2e classe : M. Guichard.

Au grade de médecin principal : M. Fazeuilles

Au grade de médecin de 1re classe : M. Rideau.

Ligue Française contre le rhumatisme

La Ligue Française contre le rhumatisme organise une " Journée du rhumatisme " qui aura lieu le 10 octobre 1936.

L'ordre du jour en est le suivant : Rhumatismes et traumatismes.

1° Le matin à 10 heures, réunion clinique à l'hôpital Saint-Louis dans le service du Dr Boppe, chirurgien-orthopédiste de l'hôpital.

2° Réunion l'après-midi, à 15 heures à la Faculté de médecine, sous la présidence du Pr Laignel-Lavastine, président de la Ligue Française contre le rhumatisme.

Les rapports sur la question qui auront été publiés par les soins de la Revue du rhumatisme dans ses numéros de septembre et octobre 1936, seront brièvement résumés et longuement discutés.

Tous sont cordialement invités à participer à cette " Journée ". L'inscription est gratuite.

Prière d'adresser les demandes de présentation de malades au Dr Boppe, 11, quai d'Orsay, et les demandes d'inscription ou les discussions des rapports au secrétariat de la " Journée " : Dr Weissembach, 6, rue Daubigny, Paris.

3° Le soir, à 20 h. 30, un dîner amical réunira les adhérents.

XIIe Congrès belge de neurologie et psychiatrie (Corbeek-Loo et Bruxelles, 26-27 septembre 1936).

Cette année le Congrès se réunira le samedi 26 septembre à l'Institut Sainte-Camille, à Corbeek-Loo (lez-Louvain), pour entendre l'exposé du rapport de psychiatrie présenté par M. Rouvroy, chef du laboratoire de la clinique psychiatrique Universitaire de Louvain, et intitulé : « L'intelligence chez les malades mentaux ».

L'après-midi de ce même jour aura lieu la visite de l'établissement et une séance de communications.

Le soir, dîner au Château de Tervueren.

Le lendemain, dimanche 27 septembre, le Congrès siègera à la Faculté de médecine de l'Université de Bruxelles et entendra l'exposé du rapport de neurologie; il a pour auteur M. le Dr Massion (du Centre neurologique de Bruxelles) et pour sujet : « Les tumeurs du lobe temporal ».

A 12 heures 30, lunch; l'après-midi, séance de communications.

La cotisation est de 30 francs belges; le montant peut en être adressé au trésorier : Dr De Vos, à Melle (c. ch. p. 2304-13).

L'Automobile-Club de l'Ile de France vient de créer une Section médicale, réservée aux docteurs en médecine (diplôme d'Etat)

Les médecins de cette Section bénéficieront non seulement de tous les avantages réservés aux autres membres du Club, mais recevront un insigne spécialement étudié pour eux, se plaçant sur le pare-brise et leur facilitant la circulation, les stationnement, etc.

Cette Section médicale est créée sous le patronage de M. le Pr Tanon, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris et de M. le Dr Dupuy de Frenelle, vice-président de la Société de médecine de Paris.

Le Gérant : J.-B. BAILLIÈRE

Imp. N. Trécult, 8, rue Danton. Paris

DERNIÈRES NOUVELLES

Nécrologie

Le Dr Jean Charcot, l'explorateur bien connu, grand officier de la Légion d'honneur, mort dans l'accident survenu à son bateau " Pourquoi pas? ", fils de l'illustre Pr Charcot, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, membre libre de l'Académie des sciences, membre libre de l'Académie de médecine, membre de l'Académie de marine, directeur du laboratoire des recherches maritimes à l'Ecole des Hautes-Etudes. — Le Dr Poussard, médecin directeur du sanatorium de Buzenval. — Le Dr Laguzet (de Fontenay-le-Comte). — Le Pr Guglielmo Romiti, professeur d'anatomie à l'Université de Pise. — Le Pr Ludwig Braun, médecin chef de l'hôpital Rothschild à Vienne. — Le Dr Emilio Jimeno, président de l'Académie de médecine espagnole, décédé à Madrid des suites d'une longue maladie. — Le Dr Tiago d'Almeida, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Porto, membre de l'Académie des sciences de Lisbonne, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Bahia. — Le Dr Ferdinand Benoit (de Toulouse). — Le Dr Louis Couston (de Gensac, Gironde). — Le Dr Yves Dupont (de Villejuif). — Le Pr Charles Harrisson Frazier, professeur de chirurgie clinique à la Faculté de médecine de Philadelphie, ancien président de la Société américaine de neurologie. — Le Dr John Wicson Mois Jamieson (de Sloug, Grande-Bretagne). — Le Pr Livierato, professeur de pathologie à la Faculté de médecine de Gênes. — Le Dr Lovy, médecin du Bey de Tunis. — Le Dr G. Belgy (de Marseille). — Le Pr Arcangelo Ilvento, vice-directeur de la Santé publique du royaume d'Italie et vice-président de la Fédération pour la lutte contre la tuberculose, chef du service sanitaire de la guerre éthiopienne au ministère des Colonies. Pour honorer sa mémoire, la Fédération nationale fasciste vient de créer sous le nom de « Fondation Arcangelo Ilvento » un prix biennal en faveur des meilleurs travaux de médecine sociale de la tuberculose — Le Dr Waclaw Jasinski, professeur de pédiatrie à Vilno. — Le Pr Stanislas Wladyczko, professeur de neurologie à Vilno. — Le Dr Billoux (de Saint-Quentin). — Le Dr Morival (de Bailleul). — Le Dr Louis Benedetti, médecin capitaine des troupes coloniales. — Le Dr J.-J. Ferrand, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'hôpital de Blois, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de 86 ans. — Le Dr Burguet (de Seraing), décédé à l'âge de 31 ans. — Le Dr Gomez-Ullo, chirurgien de l'hôpital militaire de Carabanchel, décédé à Madrid. — Le Dr Brevet, conseiller général de l'Ain, décédé à l'âge de 56 ans dans un accident d'automobile. — M. Serge Lurie, étudiant en médecine de la Faculté de médecine de Paris, tué dans un accident d'automobile.

Mariages

M. le Dr Robert Degos, médecin des hôpitaux de Paris, et Mlle Monique Lortat-Jacob, fille du regretté Dr Lortat-Jacob, médecin de l'hôpital Saint-Louis, officier de la Légion d'honneur, et de Madame Lortat-Jacob à qui nous adressons nos sincères félicitations. Nos meilleurs souhaits aux jeunes mariés. —

Mlle Geneviève Ledoux, fille de M. le Dr G. Ledoux, et M. Maurice Warin. — M. le Dr Pierre Destrée, agrégé de l'Université libre de Bruxelles, et Madame S. Fontaine.

Fiançailles

Mlle Georgette Brouardel, fille de M le Dr Georges Brouardel, membre dé l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur, et de Madame Georges Brouardel, et M. Pierre Widal. Nos sincères félicitations à M. et Mme Georges Brouardel, nos meilleurs souhaits aux jeunes fiancés.

Naissances

M. le Dr et Madame Pierre Halbron, M. le Dr Paul Halbron, médecin de l'Hôtel-Dieu, et Madame Paul Halbron font part de la naissance de leur fils et petit-fils Jean-Pierre Halbron. Nos félicitations aux parents et grands-parents. Nos meilleurs vœux pour le jeune enfant.

Hôpitaux de Paris

Fondation Paul-Marmottan. — L'Administration générale de l'Assistance publique doit pourvoir avant le 15 octobre 1936 à la désignation de trois chirurgiens de la Fondation Paul-Marmottan (rue d'Armaillé, 8e).

Ces emplois sont réservés aux docteurs en médecine de nationalité française (ou naturalisés français depuis dix ans au moins), anciens internes des hôpitaux de Paris, ayant au moins quatre années entières d'internat. Les chirurgiens sont logés dans l'établissement où ils assurent à tour de rôle un service de garde de vingt-quatre heures.

Ils reçoivent une indemnité annuelle de 30.000 francs (indemnité soumise aux prélèvements institués par le décret du 20 juin 1936).

Les candidats à ces emplois sont priés d'adresser une demande à cet effet au directeur général de l'Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, Paris (4e), avant le 5 octobre 1936.

Ils pourront obtenir tous renseignements complémentaires en ce qui concerne les droits et les obligations afférents à ces fonctions au bureau du Service de santé de l'Administration, 3, avenue Victoria (2e étage).

Faculté de médecine de Paris

Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales (chaire de physique médicale et Institut du radium, enseignement organisé avec la collaboration des médecins électro-radiologistes des hôpitaux de Paris). — Les cours commenceront le 3 novembre. Prière de s'inscrire avant cette date au secrétariat de la Faculté de médecine.

Un legs à la Faculté de médecine de Paris. — Par décret en date du 25 août 1936, pris sur le rapport du ministre de l'Education nationale, le doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est autorisé à accepter aux clauses et conditions énoncées dans les testaments et codicilles en date du 9 janvier 1930 et 2 février 1931, le legs d'une somme de 100.000 francs fait à cet établissement par Madame veuve Lemoine.

Cette somme sera placée en rentes sur l'Etat français et les titres immatriculés au nom de la Faculté légataire.

Faculté de médecine de Marseille

Un concours pour un emploi de chef de clinique médicale s'ouvrira le 9 novembre.

Faculté de médecine de Lisbonne

M. le Dr Carlos Salazar de Sousa a été nommé professeur agrégé de clinique pédiatrique.

Hôpitaux de Marseille

Concours de l'internat en pharmacie des hôpitaux de Marseille. — Ce concours s'ouvrira lundi matin 7 décembre 1936, à 9 heures, dans l'amphithéâtre des concours, à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Les étudiants et étudiantes qui voudront concourir devront être de nationalité française et se faire inscrire au secrétariat des hospices, 9, rue Lalou, jusqu'au 28 novembre 1936, à 16 heures (terme de rigueur).

Hôpital-hospice de Fontainebleau

Un concours pour la nomination de trois internes en médecine et en chirurgie aura lieu à l'hôpital-hospice de Fontainebleau, le 10 octobre 1936, à 8 heures 30.

Hôpital Sadiki, à Tunis

Quatre places d'interne (une en chirurgie, une en ophtalmologie, une en radiologie, une en médecine générale), sont vacantes actuellement à l'hôpital Sadiki, à Tunis. Conditions générales : nationalité française ou tunisienne, 20 inscriptions.

Hôpital de Vannes

Concours de chef de laboratoire de chimie et de bactériologie de l'hôpital de Vannes. — Ce concours s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris le 19 octobre 1936 à 9 heures. Ne pourront se présenter que les docteurs en médecine et pharmaciens français et munis du diplôme d'Etat.

Les candidats devront s'inscrire au secrétariat des hôpitaux de Vannes, place Abel Le Roy et y déposer leur acte de naissance, leur diplôme de docteur, un exposé des titres scientifiques et services.

Le registre d'inscription sera clos le 3 octobre 1936.

Entrée en fonctions le 1er novembre.

Indemnité annuelle : 18.000 francs.

Hôpitaux de Bordeaux

La médaille d'or du Prix de l'internat en 1936 a été décernée :

Pour la section chirurgie, à M. Darmaillacq, interne de 4e année.

Pour la section médecine, à M. Verger (Pierre), interne de 4e année.

MM. Darmaillacq et Verger ont été admis à faire une 5e année d'internat.

Assistance médicale gratuite à Bordeaux

Un concours pour deux places de médecins accoucheurs adjoints de l'assistance médicale gratuite s'ouvrira le lundi 26 octobre prochain, à 8 heures du matin, au siège du Bureau de bienfaisance, rue du Loup, 63.

Les concurrents devront déposer avant le 12 octobre 1936 leur demande d'admission accompagnée :

1° De pièces établissant qu'ils sont français ou naturalisés français et un certificat de bonnes vie et mœurs.

2° Leur diplôme constatant qu'ils sont docteurs en médecine de l'une des Facultés françaises et une note de leurs titres scientifiques ou administratifs.

3° L'engagement écrit de se conformer au règlement du service de santé du Bureau de bienfaisance.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au secrétariat de l'Administration, rue du Loup, 63, de 9 heures à midi et de 14 à 17 heures.

Journée médicale du 18 octobre 1936 (hôpital de Niort)

La Commission administrative de l'hôpital de Niort de concert avec le Syndicat médical des Deux-Sèvres, organise le 18 octobre prochain, sous la présidence de M. Louis Martin, membre de l'Académie de médecine, directeur de l'Institut Pasteur de Paris, une Journée médicale entièrement consacrée à l' « Hospitalisation » et aux problèmes que cette question soulève tant pour le Corps médical que pour les bénéficiaires des lois sociales actuelles.

Cette manifestation à laquelle sont invités médecins et administrateurs, comprendra, outre la lecture et la discussion d'un rapport sur la question mise à l'ordre du jour, une visite détaillée de l'hôpital de Niort, qui vient d'être reconstruit sur des données toutes nouvelles.

En raison de l'importance et de l'actualité de la question hospitalière, la question médicale figurant au programme définitif (le traitement médico-chirurgical des ulcères duodénaux) est remise à une séance ultérieure.

Académie des sciences

M. le Pr Jean Sabrazès, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, a été élu membre correspondant de l'Académie des sciences.

Bureau municipal d'hygiène de Lorient

La vacance du poste de directeur du bureau municipal d'hygiène de Lorient est déclarée ouverte.

Les candidats à ce poste adresseront au ministère de la santé publique (direction du personnel, 1er bureau) leur demande accompagnée de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans les services analogues ou des fonctions antérieures.

Les candidats ne devront pas être âgés de plus de 40 ans. Le traitement est fixé de 32.000 à 44.000 francs, en cinq classes. Le titulaire du poste n'est pas autorisé à faire de la clientèle.

Bureau municipal d'hygiène de Gennevilliers

La vacance du poste de directeur du bureau municipal d'hygiène de Gennevilliers est déclarée ouverte.

Les candidats à ce poste adresseront au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 1er bureau) leur demande accompagnée de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures.

Le traitement alloué s'élève de 38.000 à 48.000 francs par an, en six classes. Il s'y ajoute diverses indemnités.

Le titulaire du poste ne sera pas autorisé à faire de la clientèle.

Inspecteur d'hygiène du Gers

Un concours sur titre est ouvert à Paris pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène. Traitement : 47.000 à 59.000 francs. Indemnités.

Concours de médecin, chirurgien, spécialiste des hôpitaux coloniaux et de pharmacien chimiste du Service de santé des troupes coloniales

Sur le rapport du ministre de la Défense nationale et de la Guerre et du ministre des Colonies, le décret du 22 août 1928 instituant un concours pour l'obtention du titre de médecin des hôpitaux coloniaux, chirurgien des hôpitaux coloniaux, spécialiste des hôpitaux coloniaux et pharmacien chimiste du Service de santé colonial vient d'être modifié par décret du 10 août 1936.

Ne pouvaient se présenter au concours que les médecins capitaines compris dans la première moitié de la liste d'ancienneté et les médecins commandants ayant effectué un séjour de quatre ans dans

*

les territoires d'outre-mer. L'obligation de figurer dans la première moitié de la liste d'ancienneté est supprimée pour les médecins capitaines.

Le concours pour le titre de spécialiste devient indépendant du concours de médecin ou chirurgien des hôpitaux coloniaux.

Concours d'assistant des hôpitaux coloniaux

Sur le rapport du ministre de la Défense nationale et de la Guerre et du ministre des colonies, le décret du 22 août 1928 instituant un concours pour l'obtention du titre d'assistant des hôpitaux coloniaux vient d'être modifié par décret du 10 août 1936.

Une catégorie nouvelle d'assistants est créée : la catégorie stomatologie.

Les médecins lieutenants seront autorisés à se présenter au concours alors qu'antérieurement seuls les médecins capitaines pouvaient y prétendre.

Congrès de la Société française de phoniatrie

Le IV[e] Congrès de la Société française de phoniatrie aura lieu sous la présidence de M. le P[r] Lemaître; vice-présidents : M. le P[r] Jacques, M. le P[r] agrégé Halphen, le mercredi 21 octobre, à 9 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris.

Rapport de M. le P[r] Portmann : Radiologie et Phonation.

Congrès international de la thérapeutique par la fièvre

La conférence internationale sur la thérapeutique par la fièvre se réunira du 30 mars au 2 avril 1937 à Columbia University à New-York.

S'adresser au D[r] William Bierman, secrétaire général, 471 Park avenue, New-York City, U. S. A.

IX[e] Congrès international de médecine et de pharmacie militaires

Le IX[e] Congrès international de médecine et de pharmacie militaires se tiendra à Bucarest du 9 au 12 mai 1937.

Pour renseignements, s'adresser à M. le médecin capitaine Popescu Buzen, secrétaire général, Institut Sanitar Militar, Bucarest II, Roumanie.

Signalons à ce sujet qu'un très beau voyage en Europe Centrale avec retour par mer via Marseille sera organisé à cette occasion.

Congrès de stomatologie

Le IX[e] Congrès français de stomatologie aura lieu à la Faculté de médecine et à la Sorbonne, du lundi 5 au samedi 10 octobre 1936, sous la présidence de M. Pont (de Lyon).

1[er] rapport : Etude comparative des traitements des infections périapicales chroniques. Etat actuel de la question. Traitement médical et par les agents physiques (M. Soleil). Traitement chirurgical (M. Duclos).

2[e] rapport : Contre-indications absolues et relatives du traitement orthodontique (M. Quintero).

Question mise en discussion : Complications immédiates et médiates des extractions. Leur traitement (M. Landais).

Des conférences seront faites par MM. les P[rs] Debré, Gougerot, Lemaître, Leriche et M. P.-E. Weil. Une excursion à Chantilly est prévue.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, M. Dechaume, 182, rue de Rivoli, Paris (1[er]).

Les médecins au Faubourg

On connaît le célèbre Club du Faubourg, présidé par M. Léo Poldès, dont les séances ont lieu à partir du 1[er] octobre, tous les samedis en matinée, salle Poissonnière ; en soirée : tous les mardi, salle Wagram, tous les jeudis, salle des Sociétés Savantes. Au cours de la session 1936-1937 de nombreux débats seront consacrés aux problèmes médicaux et scientifiques. Parmi les personnalités qui viendront cet hiver au Faubourg, citons les noms de MM. le P[r] Gougerot, de la Faculté de médecine, sur *L'ignorance en médecine préventive;* le D[r] Marcel Pinard, sur *L'Amélioration de l'espèce humaine;* le D[r] Dartigues, sur *Les déficiences de la morphologie humaine*: le D[r] Bizard, médecin-chef de la prison Saint-Lazare, sur *Peut-on arriver à supprimer la syphilis? Oui;* le D[r] Jolly, ancien président du Comité international de lutte contre le charlatanisme, sur *L'organisation de la médecine à Paris :* le D[r] Bourgoin, sur *Pour et contre les chirurgiens esthétiques*; le D[r] Durville, sur *Femmes grasses ou femmes maigres?;* le D[r] Foveau de Courmelles, sur *La Zoophilie*, etc. Nos lecteurs désireux de recevoir le programme de rentrée, fin septembre, sont priés d'envoyer leur adresse sur enveloppe timbrée au " Faubourg ", 155, boulevard Péreire (17[e]).

Fédération des Syndicats médicaux de la Seine

La Féderation des Syndicats médicaux de la Seine rappelle aux médecins susceptibles d'être sollicités de collaborer à des publications non réservées aux seuls médecins ses communiqués antérieurs et porte à leur connaissance l'ordre du jour voté récemment par le Syndicat des médecins des hôpitaux de Paris;

« Le Conseil d'Administration du Syndicat des hôpitaux attire l'attention sur le danger que présente la publication dans les journaux de vulgarisation médicale destinés au grand public d'articles qui,

même d'une parfaite tenue et signés par des personnalités très respectables, semblent consituer un gage de moralité pour les articles purement publicitaires et parfois charlatanesques avec lesquels ils voisinent ».

La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine rappelle à tous les médecins qu'un service de renseignements a été institué, 28, rue Serpente (le jeudi de 10 à 11 heures).

Elle rappelle également que, signataire des conventions, elle est seule chargée des rapports avec les Caisses et qu'il est préférable à tous points de vue d'éviter les correspondances individuelles; si des difficultés se présentent, particulièrement en ce qui concerne le contrôle, c'est à la Fédération qu'il faut les signaler pour qu'elle puisse s'occuper de leur règlement. Elle recommande à tous de n'accorder de repos aux assurés sociaux qu'avec la plus grande circonspection.

Assistance médicale indigène

M. le Dr Prosper Cormaty a été reçu au concours pour l'emploi de médecin de l'assistance médicale indigène en Afrique occidentale française.

Ministère de la Santé publique

M. le Dr Bellin du Coteau a été nommé conseiller technique au Sous-secrétariat d'Etat de l'Education physique.

Médaillon du Dr Louiset Guillermet

Le 6 septembre a été inauguré à Saint-Germain de Joux (Ain) le médaillon élevé à la mémoire du Dr Louiset Guillermet.

Monument du Dr Haquin

La commune de Quaregnon a inauguré le monument au Dr Haquin, surnommé le médecin des pauvres.

Hommage au Dr Jean Charcot

La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine douloureusement affecté par le deuil cruel qui frappe une de nos grandes familles médicales, salue respectueusement le grand savant et le grand français que fut le Dr Jean Charcot, mort au champ d'honneur, et prie Madame Charcot et ses enfants d'agréer ses sentiments de respectueuse sympathie.

Séance de démonstration du Dr Calot

A l'occasion du Congrès de chirurgie, M. Calot (de Berck) fera le jeudi 8 octobre, de 9 heures 30 à 11 heures 30, dans sa clinique de Paris, 60, quai d'Orsay, une séance de démonstration, avec présentatiou de malades et de sujets guéris.

1° Le traitement de choix des luxations congénitales de la hanche. " Réduction d'une luxation et d'une subluxation ".

2° Les notions indispensables sur le domaine immense, découvert récemment, des subluxations congénitales stabilisées. La preuve faite que les hanches étiquetées jusqu'ici : Arthrite sèche déformante, Rhumatisme local, Morbus coxoe senilis, Coxarthrie, Ostéochondrite ou coxa plana, ainsi qu'un tiers des hanches étiquetées coxalgies, sont en réalité des subluxations congénitales méconnues. Etla découverte de leur vraie nature permet de leur appliquer le traitement rationnel.

3° Comment il faut traiter les tuberculoses " externes " (Adénites du cou, Abcès froids, Fistules, Mal de Pott, Coxalgies, Tumeurs blanches, Orchiépididymites, etc.). L'indiscutable supériorité (pour le nombre et la qualité des guérisons) du traitement conservateur (avec injections modificatrices et ponctions) sur les opérations sanglantes des néo-interventionnistes qui, dans ce domaine spécial de la tuberculose, aggravent souvent et mutilent toujours.

4° Autres affections orthopédiques : Pied bot, griffe digitale de Wolkmann.

(Moyens d'accès : Autobus 12 et 14, descendre à l'arrêt rue Jean Nicot entre le pont des Invalides et le pont de l'Alma).

Corps de santé militaire

M. le médecin général Gay-Bonnet, sous-directeur du Service de santé de la région de Paris, a été nommé inspecteur permanent du matériel des établissements du Service de santé militaire.

Concours pour l'admission en 1936 à l'emploi de médecin sous-lieutenant du Service de santé militaire de l'armée active des troupes métropolitaines

Un concours sera ouvert le lundi 23 novembre 1936, à 9 heures, à l'Ecole d'application du Service de santé militaire à Paris, pour l'admission à l'emploi de médecin sous-lieutenant de l'armée active.

Le nombre des admissions sera fixé suivant la valeur du concours et en fonction des possibilités budgétaires; il pourra atteindre vingt-cinq.

Les docteurs en médecine admis à concourir devront remplir les conditions ci-après indiquées.

1° Etre français ou naturalisés français depuis 10 ans au moins au 31 décembre 1936.

2° Etre possesseur du diplome d'Etat français de docteur en médecine.

3° Avoir eu moins de 29 ans au 1er janvier 1936, c'est-à-dire être nés après le 1er janvier 1907; cette limite d'âge sera élevé d'une durée égale au temps passé sous les drapeaux.

DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

4° Avoir satisfait au 31 décembre 1936 aux obligations imposées par la loi sur le recrutement de l'armée.

5° Souscrire l'engagement de servir au moins pendant six ans dans le Corps de santé de l'armée active à partir de leur nomination au gradede médecin sous-lieutenant.

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées avec toutes pièces à l'appui au Ministre de la Guerre, direction du Service de Santé, 1er Bureau, Personnel, avant le 1er novembre 1936, au plus tard.

Ces pièces sont :

1° Acte de naissance établi dans les formes prescrites par la loi.

2° *a*) Diplôme, ou à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine, indiquant le régime d'études. (Cette pièce pourra n'être produite qu'au moment de l'ouverture du concours) ; le candidat indiquera dans sa demande s'il est déjà en possession du grade de docteur en médecine.

b) Le cas échéant, certificats dûment légalisés permettant de constater les titres qui donnent droit aux majorations de points d'ordre technique.

3° Certificat délivré par le Commandant du Bureau de recrutement indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire ou état signalétique et des services.

4° Indication du domicile où sera adressée, en cas d'admission, la lettre de service.

5° Offre de démission conditionnelle du grade d'officier, dont le candidat serait titulaire dans les réserves.

6° L'engagement de servir pendant six ans au moins dans l'armée active à partir de la nomination au grade de médecin sous-lieutenant de l'armée active.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les candidats devront se rendre aux dates et heures fixées à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, au Val-de-Grâce, sans attendre aucun avertissement particulier.

Les dossiers des candidats non reçus au concours sont renvoyés directement aux intéressés, au domicile indiqué dans la pièce n° 4.

Nota. — Les candidats admis seront nommés médecins sous-lieutenants à dater du 31 décembre 1936 et bénéficieront d'une majoration d'ancienneté sans rappel de solde; correspondant au temps minimum, diminué de deux ans, des études d'enseignement supérieur près des Facultés de médecine exigées par les règlements universitaires pour l'obtention de leur diplôme. Ainsi, par application de ces bonifications, les docteurs en médecine ayant terminé leur scolarité sous le nouveau régime d'études, seront nommés immédiatement médecin lieutenant pour prendre rang du 31 décembre 1935.

Ils rejoindront le 31 décembre 1936 l'Ecole d'application du Service de santé militaire pour y accomplir, en même temps que les élèves de l'Ecole du Service de santé militaire reçus docteurs en médecine en 1936, un stage d'une durée maximum de 9 mois à l'issue duquel il recevront une affectation suivant le classement obtenu à la suite du concours de sortie.

Toute fraude ou tentative de fraude dans l'une quelconque des épreuves entraîne l'exclusion du concours.

Le Gérant : J.-B. BAILLIÈRE

Imp. N. Trécult, 8, rue Danton Paris

DERNIÈRES NOUVELLES

Citation à l'ordre de la Nation du commandant Jean Charcot

Le Gouvernement cite à l'ordre de la Nation l'héroïsme désintéressé et le dévouement que n'ont cessé de témoigner au service de la science le Dr Charcot, membre de l'Institut, les savants, ainsi que les officiers et l'équipage de la mission qu'il dirigeait depuis plusieurs années, à bord du *Pourquoi-Pas?*

Héritier d'un nom lourd de gloire, explorateur intrépide des régions polaires, apôtre des études d'océanographie arctique, homme d'action et savant, marin et géographe, le Dr Charcot a consacré toute sa vie à la recherche scientifique, pour le plus grand honneur de son pays, mort bravement à son poste de chef, le Dr Charcot lègue aux jeunes qu'il aimait passionnément, le plus magnifique exemple d'une vie où l'action et la pensée se sont constamment confondues.

Dans son deuil, le peuple de France associera au grand chef disparu l'équipe de savants qu'il avait su grouper autour de lui, animer de son esprit et soutenir de son enthousiasme, ainsi que les officiers et l'équipage dont l'héroïsme commun honore profondément la marine et la science française.

Le Gouvernement a décidé que des obsèques nationales seraient faites au Dr Charcot et à ses compagnons. En outre, à la rentrée de l'Université, une cérémonie solennelle aura lieu à la Sorbonne en l'honneur du grand explorateur.

Nécrologie

Le Dr Jean Molinié (de Séverac-le-Château). — Le Dr Eugène Hirtz, ancien professeur d'électroradiologie à l'Ecole du Val-de-Grâce, médecin général de réserve de l'armée. — Le Dr Henri Castels (de Bordeaux), décédé à l'âge de 57 ans. — Le Dr Louis Constou (de Gensac). — Le Dr Dubourg (de Saint-Brieuc). — Le Dr Gautier (de Paramé). — Le Dr Joseph Pimpot (de Paris), décédé à l'âge de 61 ans. — Le Dr Eugène Suquet (de Nice). — Madame Petit, femme de M. le Dr Petit (de Paris, rue de Clignancourt). — Mlle J. Delagrange, chevalier de la Légion d'honneur, directrice du bureau central des infirmières au ministère de la Santé publique. — Madame Romain Bergouignan, mère de M. le Dr Bergouignan (d'Evian). — Madame Robert, femme de M. le Dr Robert (du Mont-Dore). — Madame Boy-Teissier, veuve du Dr Boy-Teissier, ancien médecin des hôpitaux de Marseille, belle-mère de M. le Dr Louis Billon.

Mariages

M. le Dr Marcel Janbon, professeur agrégé, et Mlle Rose Arcangel. — Mlle Raymonde Toubon, externe des hôpitaux de Marseille, et M. le Dr Georges Monfort, interne des hôpitaux de Marseille. — M. le Dr Ph. Cerati, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Beyrouth, et Mlle Jeanne Mathieu. — M. Jean Masquin, interne des hôpitaux de Lyon, fils de M. le Dr Masquin (de Saint-Didier), et Mlle Janick Drevon.

Fiançailles

Mlle Gnielle Lamouroux, fille de M. le Dr et de Madame Fernand Lamouroux, et M. le Dr Louis Meyrueis, médecin capitaine. — Mlle Marie Gaujoux, fille de M. le Dr Gaujoux (de Nîmes), et M. le Dr Jean Chaptal. — Mlle Lisette Loir-de Montés, fille de M le Dr Loir, directeur du bureau d'hygiène du Hâvre, et de Madame, née de Montés, et M. Jean Louste, principal clerc d'avoué, fils du Dr Louste,

médecin de l'hôpital Saint-Louis, décédé, et de Madame Louste. — Mlle Géneviève de Framond, fille de M. le Dr de Framond, député de la Lozère, et M. Raymond Guibal. — Mlle A.-M. Joyeux, fille de M. le Pr et de Madame Joyeux, et M. Jacques Ranque, interne des hôpitaux de Marseille, fils de M. le Dr et de Madame A. Ranque. — Mlle Madeleine Bleynie, fille de M. le Dr et de Madame Pierre Bleynie, et M. René Hannoyer. — M. Henri Bleynie, fils de M. le Dr et de Madame Pierre Bleynie, et Mlle Cécile Sourg-Lavergne. — M. Antoine Bailliet-Basin, fils de M. le Dr et de Madame Baillet-Basin, et Mlle Irène Crinquette.

Hôpitaux de Paris

Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Péron, Thalheimer, Weil (Pr.-Em.), Laubry, Jousset, Guillemot, Richet, Rist, Lelong, Bréchot, Sorrel, Chifoliau, Toupet, Madier, Desnoyers.

Faculté de médecine de Paris

Travaux pratiques de physiologie. — Une série de travaux pratiques supplémentaires réservée aux étudiants dont les travaux pratiques n'ont pas été validés en série régulière, commencera au début d'octobre. (La date sera affichée au Laboratoire des travaux pratiques de physiologie).

S'inscrire, dès maintenant, au secrétariat (guichet n° 1) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 a 16 heures.

Règlement d'administration publique pour l'application de l'article 1er de la loi du 18 août 1936 concernant les mises à la retraite par ancienneté. *Décret du 25 septembre 1936.*

Art. 1er. — Les fonctionnaires et employés civils des cadres métropolitains sont répartis, pour chaque catégorie, en ce qui concerne l'âge d'admission à la retraite, dans les différents échelons fixés par l'article 1er de la loi du 18 août 1936, conformément aux dispositions du présent décret et aux tableaux y annexés.

Art. 2. — Le cinquième échelon de la catégorie A comprend l'ensemble des fonctionnaires et employés civils des cadres métropolitains de ladite catégorie, à l'exception de ceux qui sont classés à l'un des quatre premiers échelons, conformément aux dispositions du tableau I annexé au présent décret.

Art. 3. — Les emplois présentant un risque particulier ou des fatigues exceptionnelles, classés dans la catégorie B prévue par l'article 75 de la loi du 31 mars 1932, sont répartis dans les différents échelons de cette catégorie, conformément aux dispositions du tableau II annexé au présent décret.

Art. 4. — L'application des limites d'âge mentionnées aux tableaux I et II ne peut être étendue par voie d'assimilation à des emplois qui n'y sont pas inscrits.

Art. 5. — Le fonctionnaire qui, sans cesser d'appartenir à son cadre d'origine, occupe, hors de ce cadre une fonction publique, est soumis à la limite d'âge fixée par son cadre d'origine.

Art. 6. — A titre transitoire et jusqu'au 1er octobre 1939, le personnel de l'enseignement supérieur, de l'enseignement supérieur technique, de l'enseignement des beaux-arts et des enseignements supérieurs assimilés, classé au troisième échelon de la catégorie A, bénéficiera de la limite d'âge prévue pour les fonctionnaires classés au deuxième échelon.

Art. 7. — Le décret du 21 décembre 1928, relatif à la limite d'âge des fonctionnaires, est abrogé.

Ministère de l'Education nationale — Limite d'âge 70 ans (1er échelon) : Professeurs titulaires du Collège de France, professeurs titulaires du muséum d'histoire naturelle.

Limite d'âge 67 ans (2e échelon) : Néant.

Limite d'âge 65 ans (3e échelon) : Professeurs titulaires et professeurs sans chaire des Facultés et des Instituts des Universités, professeurs titulaires de l'Ecole des chartes, professeurs titulaires de l'Ecole des langues orientales vivantes, professeurs titulaires des Ecoles de médecine et de pharmacie de plein exercice, professeurs titulaires des Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie, maîtres de conférences des Facultés ayant été antérieurement professeurs dans une autre Faculté, directeurs d'études de l'Ecole pratique des hautes-études, directeurs et astronomes titulaires des observatoires, directeur de l'institut de physique du Globe, directeur et directeur adjoint de l'Ecole normale supérieure.

Inspecteurs généraux de l'instruction publique, recteurs d'académie, directeur de l'école française d'Athènes, directeur de l'école d'archéologie de Rome, membres du bureau des longitudes, directeur de l'Institut d'archéologie du Caire, inspecteurs généraux des bibliothèques et des archives, administrateur général et conservateurs chefs de départements de la bibliothèque nationale, administrateurs des bibliothèques de l'Arsenal et Sainte-Geneviève, directeur de la bibliothèque et du musée de la guerre, conservateur de la bibliothèque de l'Université de Paris, directeur de l'office national des recherches scientifiques et des inventions, directeur et conservateurs des archives nationales, physiciens de l'institut de physique du Globe, membre adjoint du bureau des longitudes, directeur de l'observatoire du parc Montsouris, directeur de l'école normale supérieure d'enseignement primaire.

Limite d'âge 62 ans (4e échelon) : Inspecteurs généraux des services administratifs de l'instruction publique, des écoles primaires élémentaires, inspecteurs de l'académie de Paris, inspectrices générales des écoles maternelles.

DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Ecole d'application des médecins et pharmaciens de la marine

Concours pour l'emploi de chef de clinique chirurgicale à l'Ecole d'application des médecins et pharmaciens chimistes de 2e classe. — Un concours pour l'emploi de chef de clinique chirurgicale à l'Ecole d'application des médecins et pharmaciens chimistes de 2e classe aura lieu à l'hôpital maritime Sainte-Anne, à Toulon, dans le courant du mois de janvier 1937, à une date qui sera fixée ultérieurement.

Ecole du Service de santé de la marine

Liste des étudiants en médecine et en pharmacie nommés élèves du Service de santé de la marine. — Par décision ministérielle du 22 septembre 1936, les étudiants en médecine et en pharmacie dont les noms suivent ont été nommés élèves du Service de santé de la marine à la suite du concours de 1936 :

A. *Ligne médicale.* — MM. 1. Le Calve, Le Meur, Otter, Pontich, Habay, Courapied, Le Gall, Orthlieb, Duluc, Pellé.

11. Demarque, Rispe, Lucrèce, Leclère, Duval, Cazenave, Buscail, Baché-Gabrielsen, Chochon, Emperaire.

21. Quentel (Alain), Grosbois, Verdier, Dijonneau, Aury, Beisseige, Vaillant, Chrétien, Runacher, Nicol.

31. Buet, Augier, Chaussat, Penau, Bremond, Raoul, Humbert, Renner, Le Bras, Quentel (Joseph).

41. Durand, Heuls, Saugrain, Sommer, Guibert-Germain, Lijour, Gontier, Lesnard, Cabrol, Ploye.

51. Liabot, Lancien, Pinson, André.

B. *Ligne pharmaceutique et chimique.* — 1. Tonnaud, Marsas, Gay, Le Monze.

Ecole annexe de médecine navale de Brest

Liste des médecins admis à subir le concours de prosecteur d'anatomie à l'Ecole annexe de médecine navale de Brest. — Les médecins de 1re classe désignés ci-après sont autorisés à subir les épreuves de concours de prosecteur d'anatomie à l'Ecole annexe de médecine navale de Brest qui doit avoir lieu à l'hôpital maritime de ce port le 5 octobre 1936 (*Journal officiel* du 22-23 mai 1936).

M. Larraud (M.-P.-V.-L.-M.), en service à Brest.

M. Aurégan (Y.-J.), embarqué Ecole navale.

Sous-secrétariat d'Etat à la recherche scientifique

M. Jean Perrin, professeur à la Sorbonne, membre de l'Académie des sciences, Prix Nobel, est nommé sous-secrétaire d'Etat en remplacement de Madame Joliot-Curie, démissionnaire.

Bureau municipal d'hygiène d'Agen

La vacance du poste de directeur du bureau municipal d'hygiène d'Agen est déclarée ouverte.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de la Santé publique (direction du personnel 1er bureau) leur demande accompagnée de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures.

Ils devront justifier de la qualité de français, et en cas de naturalisation, faire attester par le préfet qu'ils remplissent les conditions prévues par l'article 7 de la loi du 26 juillet 1935, relative à l'exercice de la médecine.

Ils devront produire, en outre, une copie certifiée conforme de leurs diplômes, en particulier, du diplôme d'Etat de docteur en médecine, leur acte de naissance, ainsi qu'un extrait de leur casier judiciaire ayant moins de trois mois de date. Le traitement alloué s'élève à 4.000 francs par an. Le titulaire du poste sera autorisé à faire de la clientèle.

Bourses de l'Institut Carlo-Forlanini de Rome

L'Institut Carlo-Forlanini de Rome réserve chaque année quelques bourses pour les jeunes médecins étrangers orientés vers la spécialisation de la tuberculose et des maladies des voies respiratoires. Des cours de perfectionnement leur sont réservés pour une durée de trois mois (octobre, novembre, décembre). Ces bourses donnent la gratuité totale et les médecins ainsi agréés seront logés et nourris à l'Institut Carlo-Forlanini durant leur séjour à Rome.

Adresser toute demande de candidature soit à l'ambassade d'Italie, soit au secrétaire général de la Section médicale du Comité France-Italie, M. Martiny, 10, rue Alfred-Roll, Paris.



DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Postes médicaux en Algérie

M le Dr M. Sureau, secrétaire général de la Commission spéciale de classement des médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires (loi du 12 août 1933) communique la note suivante :

Le Gouvernement général de l'Algérie réserve aux pensionés de guerre les nouveaux emplois suivants :

Service des contributions diverses (postes de médecins). — 1° Département d'Oran : Oran.

2° Département de Constantine : Constantine, Guelma, Bougie, Batna, Bône, Philippeville, Sétif, Souk-Ahras.

Service des douanes (postes de médecins).— Tlemcen, Béni-Saf, Mostaganem, Arzew, Oran, Castiglione, Alger, La Pérouse, Tipaga, Port Gueydon, Dellys, Philippeville, Souk-Ahras, Bône.

Société anonyme des mines du Zaccor à Miliana. — 1 médecin.

Société des tramways algériens. — 3 médecins agréés par la compagnie; 16 pharmaciens agréés par la caisse de secours.

Chemins de fer sur routes d'Algérie, — 3 médecins, 1 oculiste, 1 dentiste, 20 pharmaciens.

Vacance du poste de directeur de bureau municipal d'hygiène de Vichy

La vacance du poste de directeur du bureau municipal d'hygiène de Vichy est déclarée ouverte.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, les directeurs des bureaux municipaux d'hygiène doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Par application de cette disposition et de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, les candidats à ce poste ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 1er bureau) leur demande accompagnée de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures.

Il devront justifier de la qualité de Français et, en cas de naturalisation, faire attester par le préfet qu'ils remplissent les conditions prévues par l'article 7 de la loi du 26 juillet 1935 relative à l'exercice de la médecine.

Ils devront, en outre, produire une copie certifiée conforme de leurs diplômes, en particulier du diplôme d'Etat de docteur en médecine, leur acte de naissance, ainsi qu'un extrait de leur casier judiciaire ayant moins de trois mois de date.

Le traitement alloué s'élève à 20.000 francs par an.

La limite d'âge est fixée à cinquante-cinq ans.

Le titulaire du poste sera autorisé à faire de la clientèle.

Vacance du poste de directeur adjoint de bureau municipal d'hygiène du Hâvre

La vacance du poste de directeur adjoint du bureau municipal d'hygiène du Hâvre est déclarée ouverte.

Pour les conditions générales, se reporter aux conditions générales indiquées pour la vacance d'un poste à Vichy.

Le titulaire du poste qui sera appelé notamment à diriger le dispensaire antituberculeux, devra posséder non seulement des titres d'hygiéniste, mais aussi des connaissances en phtisiologie et devra justifier d'un stage dans un service de phtisiologie.

La limite d'âge maximum est fixée à 35 ans.

Les candidats devront avoir satisfait aux obligations militaires. La nomination sera faite pour cinq ans, renouvelable. Le candidat ne sera nommé définitivement qu'après avoir pris l'engagement de remplir ses fonctions pendant cinq ans au moins et de ne pas s'installer au Hâvre ni aux environs dans un rayon de 10 kilomètres pendant cinq ans en cas de cessation de fonctions.

Le traitement de début est fixé à 31.500 francs et peut atteindre 40.000 francs, il s'y ajoute une indemnité de fonction de 2.000 francs; une gratification annuelle s'élevant en principe à un douzième du traitement annuel peut être allouée.

Interdiction de faire de la clientèle.

Le Gérant : J.-B. BAILLIÈRE

Imp. N. Trécult, 8, rue Danton, Paris

DERNIÈRES NOUVELLES

Nécrologie

Le Dr Louvau d'Oran). — Le Dr Maurice Parat (de Saintes), décédé dans le naufrage du " *Pourquoi Pas* ". — Mlle Marie Simon (de Paris). — Le Pr Edoardo Salvia (de Naples), chargé de la chaire de chirurgie infantile à la Faculté de médecine de Naples. — Le Dr Claud Alley Worth (de Faimouth), ophtalmologiste de l'hôpital royal d'ophtalmologie de Londres. — Le Dr Henry Philbrick Nelson, décédé à Londres à l'âge de 34 ans d'une septicémie contractée au cours d'une opération. — Le Pr Henry Le Chatelier, membre de l'Institut. — Le Dr Louis Lieutaud (d'Aubagne). — Mlle Jacqueline Rolland, fille de M. le Dr Pierre Rolland, décédée à l'âge de 19 ans. — Madame Robert, femme de M. le Dr Robert (du Mont-Dore). — M. Adolphe Paulet, père et beau-père de M. le Dr et Madame R. Paulet. — Madame Augros, veuve du Dr Augros. — Le Dr Corlet (d'Arc-sur-Tille). — Madame Maurice Prévot, femme de M. le Dr Maurice Prévot. — Le Dr Gillet (de Limoges). — M. Adolfo Bosch (Malaga), médecin oculiste, qui occupait à ce titre une situation en vue dans cette ville, où il a rendu de grands services et où il avait acquis une légitime réputation, vient d'y être cruellement assasiné par les anarchistes du Frente popular. — Madame veuve Jules Hubert, mère de M. le Dr Georges Hubert (de Mons). — Le Dr Brusselmans (de Malines).

Mariages

Mlle Madeleine Pichard, fille de M. le Dr Pichard, chevalier de l'ordre de Saint-Grégoire-le-Grand, et M. André Gilbert. — M. le Dr Germain Gamelin, ancien interne de l'hôpital Saint-Philibert, et Mlle Sidonie Servais. — M. le Dr Henri Gaubert et Mlle Germaine Dewailly, fille du regretté Dr Henri Dewailly. — M. le Dr Joseph Berthuis, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Marseille, médecin des hôpitaux, Croix de guerre, et Mlle Paule Butru. — M. Guy du Pasquier, fils de M. le Dr Edouard du Pasquier, médecin consultant à Saint-Honoré-les-Bains, chevalier de la Légion d'Honneur, et de Madame Edouard du Pasquier, et Mlle Isabelle Lafaurie. — M. Pierre Faugeron, interne des hôpitaux de Paris, fils de M. le Dr et de Madame Louis Faugeron (de Limoges), et Mlle Renée Calmette, interne des hôpitaux de Paris, fille de M. François Calmette, chirurgien dentiste à Cannes et de Madame François Calmette. — M. le Dr Henri Jouy et Mlle Madeleine Filloux. — M. le Dr H. Emery (de Willebroeck), et Mlle Jacqueline Jules-Garnier.

Fiançailles

Mlle Marguerite-Marie Berthet, fille de M. le Dr Georges Berthet, chevalier de la Légion d'Honneur, et de Madame Georges Berthet, et M. Jacques de Thierry d'Ennequin, docteur en droit.

Hôpitaux de Paris

Concours de l'internat. — Le jury de l'épreuve anonyme d'admissibilité est définitivement composé de MM. Péron, Thalheimer, Laubry, Richet, Desnoyers, Veil (Prosper), Rivet, Barbé (aliéniste), Courcoux, Lelong, Bloch (J.-Ch.), Sorrel, Chifoliau, Toupet, Braine.

Faculté de médecine de Paris

Visite médicale pour les étudiants. — La Faculté de médecine a organisé, l'an dernier, une visite médicale pour les étudiants qui commencent leurs études. Elle se propose de reprendre, cette année, la même organisation.



Bien que cette visite ne soit pas obligatoire, MM. les étudiants sont instamment priés de se rendre à la convocation qui leur sera adressée. Cette visite médicale est faite dans leur intérêt : trop de jeunes étudiants tombent sérieusement malades au début de leurs études médicales pour qu'il ne soit pas de leur devoir d'aider leurs maîtres dans la protection de leur santé. Cette visite est surtout orientée vers l'examen de l'appareil respiratoire et vise particulièrement la prophylaxie de la tuberculose. Elle est faite par des médecins des hôpitaux et des chefs de consultation, sous la haute direction des professeurs de la Faculté et du Corps médical des hôpitaux.

Toutes les précautions seront prises pour que le secret médical soit strictement respecté. Si les étudiants le désirent, les résultats de leur examen médical pourront être communiqués à leurs parents ou au médecin de leur famille. Le Doyen, convaincu que que cette visite médicale donnera d'excellents résultats, ne doute pas que les étudiants ne répondent à l'appel qu'il leur adresse au nom de leurs maîtres.

Les visites médicales commenceront le lundi 19 octobre, à l'hôpital Laënnec (consultation), à 20 heures 30. Les étudiants seront convoqués individuellement au moment de leur inscription.

Examens de fin d'année (session octobre novembre 1936. — La mise en série des candidats aux différentes épreuves de fin d'année sera affichée aux dates suivantes : jeudi 8 octobre et jeudi 15 octobre.

L'ouverture de la session est fixée au mardi 13 octobre.

Distribution des convocations pour les différentes épreuves écrites. — Les convocations pour les différentes épreuves écrites seront distribuées de 9 à 11 heures et de 12 à 15 heures (Guichet 2).

1re Année - Nouveau régime. — *Anatomie :* Le lundi 12 octobre. L'écrit aura lieu le mercredi 14 octobre, à 8 heures 30.

Physique (candidats ayant échoué en juin) : Le samedi 17 octobre. L'écrit aura lieu le lundi 19 octobre, à 8 heures 30.

Epreuve écrite à tirer au sort pour les candidats qui ne se sont pas présentés en juin : le mercredi 21 octobre. L'écrit aura lieu le jeudi 22 octobre, à 10 heures 30.

1re Année - Ancien régime. — *Anatomie:* Le mardi 13 octobre. L'écrit aura lieu le mercredi 14 octobre, à 10 heures 30.

Histologie : Le lundi 19 octobre. L'écrit aura lieu le mardi 20 octobre, à 8 heures 30.

2e Année. — *Bactériologie* : Le mercredi 14 octobre. L'écrit aura lieu le jeudi 15 octobre, à 8 heures 30.

Physiologie : Le jeudi 15 octobre. L'écrit aura lieu le vendredi 16 octobre, à 8 heures 30.

Physique : Le vendredi 16 octobre. L'écrit aura lieu le lundi 19 octobre à 10 heures 30.

Chimie : Le mardi 20 octobre. L'écrit aura lieu le jeudi 24 octobre à 8 heures 30

Les convocations sont personnelles. Elles seront distribuées sur présentation de la carte d'immatriculation avec photo et signature les jours indiqués ci-dessus.

Aucune convocation ne sera envoyée à domicile et ne pourra être retirée le jour de l'examen.

Travaux pratiques d'anatomie pathologique. — Une série de revision de travaux pratiques d'anatomie pathologique commencera le mercredi 14 octobre 1936 à 16 heures; elle se terminera le samedi 24 octobre.

Se faire inscrire au secrétariat (Guichet no 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, et se faire mettre en série au bureau du chef des travaux, Laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole de Médecine.

Droit d'inscription : 25 francs.

Faculté de médecine de Bordeaux

Diplôme de médecin colonial de l'Université de Bordeaux. — Le diplôme de médecin colonial est délivré :

Aux docteurs en médecine français : médecins civils et militaires, médecins de la marine et des colonies, médecins de colonisation et des administrations coloniales, médecins d'émigration et médecins sanitaires maritimes, médecins des missions.

Aux étrangers pourvus du doctorat universitaire, mention « médecine », ou d'un diplôme médical dont l'équivalence avec le doctorat universitaire français, mention « médecine » aura été admise par la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Aux étudiants en médecine pourvus de seize inscriptions, aux internes des hôpitaux à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité.

Candidats aux fonctions de médecin sanitaire maritime. — Les docteurs en médecine français qui ont obtenu le diplôme de médecin colonial de l'Université de Bordeaux sont dispensés d'une partie des épreuves de l'examen aux fonctions de médecin sanitaire maritime. Ces candidats sont astreints seulement à satisfaire aux interrogations portant sur la législation sanitaire maritime, l'hygiène maritime et le droit maritime.

Faculté de médecine de Louvain

M. le Dr Maurice Appelmans a été nommé chargé de cours d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Louvain.

Faculté de médecine d'Alger

Par arrêté ministériel du 20 juillet 1936, M. Giberton, professeur sans chaire à la Faculté de médecine de Lille, est chargé du service de la chaire de chimie médicale et biologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Alger.

DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Ecole de médecine de Caen

Un concours pour l'emploi de médecin suppléant de clinique chirurgicale et obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen s'ouvrira le lundi 26 avril 1937 devant la Faculté de médecine de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Hôpitaux de Bordeaux

M. le Dr Duthil a été nommé médecin ophtalmologiste adjoint du service de l'assistance médicale gratuite.

M. le Dr Philip a été nommé oto-rhino-laryngologiste adjoint du même service.

Hôpitaux de Lyon

Le concours de l'internat en médecine s'est terminé par les nominations suivantes :

1° Internes des hôpitaux : MM. Despierres, Guillemin, Kolher, Devant, Bégule, Janrot, Guinet, Pugeat, Jacquis, Coudert, Papillon, Lanier, Guillet, Jarricot, Peissel, Chavanne, Dury, Briand, Bailly-Salins, Eyraud, Marion, Duverne, Bourdillon.

2° Candidats admis à accomplir des suppléances d'internes : MM. Gallet, Bruni, Bérand, Métral, Roux, Philippe, Pellandra, Garmier, Berthoye, Tignel, Tabusse, Bressot, Carriar, Geay, Brochier, Mazaré, de Chauvigny, Gay, Perreau, Francillon, Jeanjean, Rabatel, Grenot, Servelle, Barrié, Redon, Chattot, Lévy.

Hôpital de Bône

Un concours sur épreuves est ouvert à Alger le 7 décembre 1936 pour le recrutement d'un chirurgien adjoint à l'hôpital de Bône. Inscriptions juqu'au 21 octobre, à 17 heures.

Hôpital de Philippeville

Un concours sur épreuves est ouvert à Alger, le 14 décembre 1936, pour le recrutement d'un chirurgien adjoint à l'hôpital de Philippeville. Inscriptions jusqu'au 23 octobre, à 17 heures.

Un concours sur épreuves est ouvert à Alger le 18 janvier 1937 pour le recrutement d'un médecin chef de service de radiologie à l'hôpital de Philippeville. Inscriptions jusqu'au 28 novembre à midi.

Un concours sur épreuves est ouvert à Alger le 4 janvier 1937, pour le recrutement de deux médecins adjoints à l'hôpital de Philippeville. Inscriptions jusqu'au 13 novembre à 17 heures.

Pour tous renseignements, s'adresser au Gouvernement général de l'Algérie Direction de la Santé publique. Services administratifs d'Alger.

Hôpital civil de Belfort

Deux postes d'internes sont vacants à l'hôpital civil de Belfort.

Admission sur titres, reservé aux étudiants français ayant au moins 16 inscriptions.

Engagement minimum d'un an : 400 francs par mois, nourri, logé, blanchi. Un mois de congé par an.

Ecrire au directeur. Pressé.

Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales

Concours de professeur agrégé.— Un concours s'ouvrira le 16 novembre 1936 au Val-de-Grâce à Paris, pour l'obtention du titre de professeur agrégé de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales.

Le nombre des emplois mis au concours est de : deux emplois de professeur agrégé de chirurgie; deux emplois de professeur agrégé de médecine; un emploi de professeur agrégé de chimie et de pharmacie.

Ecole du Val-de-Grâce

Concours d'agrégation. — Le concours prévu par arrêté du 11 janvier 1936 à l'Ecole d'application du Service de santé militaire pour l'obtention du titre de professeur agrégé du Val-de-Grâce sera ouvert :

Le 4 novembre 1936 : pour un emploi de professeur agrégé de chimie appliquée à la biologie et aux expertises dans l'armée.

Le 12 novembre 1936 : pour trois emplois de professeurs agrégés de médecine.

*

Ecole du Service de santé militaire de Lyon

Liste des candidats admis à l'Ecole du Service de santé militaire à la suite du concours de 1936 (section de médecine).

A. *Candidats à quatre inscriptions.* — MM. 1. Flachaire, Pédelahore, Zicavo, Porra, Roy, Van Huffel, Pellenc, Léculée, Berger, Tétart.

11. Legeais, Labansat, Kaydel, Favier, Luciani, Gobin, Benoist, Heuls, Arnoult, Valette.

21. Mases, Wahl, Couture, Auger, Seux, Chiozza, Cruaud, Camou, Lazerges, Alaize.

31. Savattier, Dubois, Armand, Bourdinaud, Mahé, Bruère-Dawson, Grosbois, Berdy, Duchesne, Cochinard.

41. Martin, Capdeville, Uchan, Vigo, Voeglin, Barrié, Dameron, André, Adda, Michal.

51. Saugrin, Tonboul, Achiary, Maillefert, Combet, Besle, Rey-Musy, Schmitter, Maurin, Le Saux.

61. Le Bras, Ricaud, Bétrom, Moras, Gaspéri, Terneau, Grandjean, Rossi, Saillour, Colonna.

71. Fouanon, Pézerat, du Mesnil, Le Borgne, Luciani, Boileau, Roberjot, Figarède, Quémener, Franceschi.

81. Mérouze, Heintz, Lapeyssonnie, Cavalin, Arragain.

B. *Candidats P. C. B.* — MM. 1. Jonquères, Delaruelle, Baixas, Michard, Bourdon, Fribourg-Blanc, Humbert, de Rudder, Robert, Villoutreix.

11. Issert, Rigal, Barthès, Bernard, Sureau, Bellemin, Coirault, Bocé, Picq, Renevey.

21. Laflaquière, Sauzède, Maître, Desjardin, Limouzin, Sournia, Teil, Pelage, Schmuck, Pré.

31. Pottier, Lanta, Robert, Debucquet, Aéberhardt, Flandin, Valet, Munier, Gautheret, Bertein.

En cas de démission de candidats admis, une liste complémentaire sera éventuellement publiée.

Les élèves admis à la suite du concours de 1936 devront se présenter au médecin général, directeur de l'Ecole du Service de santé militaire, 18, avenue Berthelot, à Lyon, le 15 octobre 1936, à 8 heures du matin.

Asiles d'aliénés

Limite d'âge des médecins des asiles publics d'aliénés (*Décret du 5 octobre 1936*). — Le décret du 1er mars 1921 est modifié comme suit :

« La limite d'âge des fonctions de médecin des asiles publics d'aliénés est fixée à soixante-deux ans ».

Médaille du Dr Pasteau

La cérémonie de la remise au Dr Pasteau de sa médaille exécutée par le maître graveur Dammann a eu lieu le 7 octobre, à 10 heures 30, à l'amphithéâtre de la clinique urologique de l'hôpital Necker.

Nous en donnerons le compte-rendu dans un prochain numéro.

Ministère de la Santé publique

Les industriels désireux d'assurer la fourniture des produits antisyphilitiques aux dispensaires dépendant du ministère de la Santé publique sont priés d'adresser leur demande à M. le ministre de la Santé publique, rue de Tilsitt (service de prophylaxie des maladies vénériennes) et d'envoyer des échantillons aux laboratoires de contrôle de l'Académie de médecine, 25, boulevard Saint-Jacques. Ces formalités devront être effectuées avant le 1er novembre 1936.

Le ministère de la Santé publique communique :

Par décret en date du 25 septembre, pris en application de la loi du 18 août 1936, le ministre de la Santé publique est autorisé à engager, avant le 31 décembre 1936, une dépense s'élevant à la somme de 300 millions, applicable aux objets ci-après :

Construction hôpitaux et hospices : 200 millions.

Sanatoriums et préventoriums : 65 millions.

Lutte contre les maladies vénériennes : 6 millions

Installations pour éducation physique : 5 millions

Organismes du sous-secrétariat aux loisirs et aux sports : 24 millions.

Total : 300 millions.

Il convient de remarquer que les chiffres ci-dessus indiqués s'appliquent uniquement, dans le programme des grands travaux, aux dépenses à engager jusqu'au 31 décembre 1936, et que, le cas échéant, des décrets complémentaires pourront augmenter ces dotations.

En ce qui concerne les organismes régis par la législation sur les habitations à bon marché, la caisse de crédit aux départements et aux communes, réorganisée à cet effet par le décret du 7 septembre dernier, doit assumer le financement du programme des grands travaux.

Le ministre de la Santé publique tient à signaler à ces organismes que, comme par le passé, ils devront uniquement se mettre en rapport avec la Caisse des dépôts et consignations, qualifiée pour signer par eux les contrats de prêts.

IVe Congrès de la Presse médicale latine

(*Venise 29 septembre-2 octobre 1936*)

Le IVe Congrès de la Fédération de la Presse médicale latine vient de se tenir à Venise sous la présidence du Pr David Giordano, sénateur du Royaume d'Italie,

Nous donnerons, dans un prochain numéro de *Paris Médical*, un compte-rendu détaillé de cette manifestation, mais nous désirons remercier dès aujourd'hui M. le Pr Giordano, président du Congrès, de l'accueil si aimable qu'il a bien voulu réserver à tous les congressistes. Nous n'aurons garde d'oublier l'excellent secrétaire général, M. le Pr Saraval, dont l'activité bienveillante et inlassable s'était fait sentir dans les moindres détails du programme.

Ce fut un succès par le nombre et la qualité des congressistes, par l'intérêt soutenu des travaux, mais plus encore par la haute portée morale du Congrès. En principe il s'agissait d'une réunion intime de journalistes médicaux latins. Le geste du Duce, désignant pour le remplacer S. E. le comte de Vecchi di Val Cismon, ministre de l'Education nationale et l'un des « Quatre » de la Révolution, a marqué l'intérêt avec lequel est considérée, à Rome, cette réunion latine.

Les congressistes ont senti la valeur de cette bienveillance et ils ont adressé un télégramme de respect à S. M. le Roi et Empereur et un télégramme de gratitude et d'admiration à S. E. Benito Mussolini, chef du gouvernement.

La séance solennelle a eu lieu au Palais Royal dans la magnifique salle Napoléon, sous la présidence de S. A. R. et I. le prince Ferdinand de Savoie, duc de Gênes, en uniforme de vice-amiral.

A sa droite, S. E. de Vecchi, ministre de l'Education nationale, S. E. le patriarche de Venise, le Comm. Pascolato, secrétaire fédéral, le Comm. Alvera, podestat de Venise et le Pr Saraval, secrétaire général du Congrès. A la gauche du prince, S. E. Catalano, préfet de Venise, S. E. le procureur général, le Pr Giordano et le Pr Loeper, de Paris, fondateur de la Fédération latine. Tous les Italiens avaient revêtu la tenue noire de la milice fasciste.

Dans l'assistance, au premier rang, le Pr Morelli, le très éminent phtisiologue, secrétaire du syndicat national fasciste des médecins. Le Pr sénateur Nicolas Pende (de Rome), le maître de l'endocrinologie; les Prs Castiglione, Frugoni, Alfieri, Angelilli, Bobbio, Bocchetti, le sénateur Belfanti, Caccuri, Catterina, d'Ormea, Fabri, Gismondi, Giannini. R. Jemma, Piccinini, Pazzini, Rummo, Sciuti, Verney.

Parmi les français : M. le Pr H. Hartmann, ancien président de l'Académie de médecine; M. Paul Strauss, ancien ministre de l'Hygiène; le Pr Noël Fiessinger, le Pr Lévy-Valensi, MM. Pierra, secrétaire général-fondateur et animateur de la Fédération latine; Julien Huber, Dumarest (d'Hauteville), le Pr David (de Lille), J. de Fourmestraux (de Chartres), le Pr Haman (de Nancy), le Dr Martiny, du Comité France-Italie; le Dr V. Gardette, secrétaire général et le Dr F. Le Sourd, président honoraire de l'Association de la Presse médicale française, les Drs Madinier, Roux-Dessarps-Baillière, Erlande. Le Canada français avait délégué l'éminent Pr Lesage (de Montevideo). La Suisse était représentée par MM. H. Tecon et Mistal. La Belgique, par MM. Léopold Mayer, ancien président de la Fédération; Brohée et Tricot-Royer. Enfin, nos amis roumains, mainteneurs fervents de la latinité, étaient venus nombreux avec le Pr Danielopolu, sénateur, président de l'Académie de médecine; avec le Pr Jacobovici; avec nos amis Pavel, Jonnesco. Mais hélas, il y avait un grand vide, celui causé par l'absence de nos confrères d'Espagne.

A l'une des séances de travail qui suivit, Pierra eut l'idée généreuse et émouvante de lire les rapports espagnols reçus avant la révolution.

M. le président Giordano prend le premier la parole et célèbre la Presse médicale latine « drapeau de la fraternité latine ». M. Giordano explique ensuite les deux questions mises à l'ordre du jour : l'histoire de la Presse médicale latine et sa fonction sociale. En passant il dit ce qu'il pense — nous le pensons aussi — de la presse néfaste de vulgarisation.

M. Giordano rappelle enfin que c'est notre illustre maître M. Forgue qui à Bruxelles exprima un jour le vœu de voir la presse latine se réunir à Venise. M. Emile Forgue n'a pu venir, mais M. Giordano renouvelle ses conseils aux journalistes médicaux. « La presse — notre presse médicale en tête — doit veiller à conserver sa valeur qualitative ».

« La science sans conscience, disait un philosophe antique, est la ruine de l'âme ».

Le discours du président lui a valu une formidable ovation.

Le Pr Loeper fit ensuite une remarquable conférence sur *l'Art et l'édition médicale*.

Nous y reviendrons prochainement, en même temps, nous rendrons compte des rapports et des discussions ainsi que des fêtes, réceptions et excursions.

Les séances de travail alternaient avec des réceptions brillantes et d'intéressantes excursions; nous n'aurons garde d'oublier la visite de l'hôpital à la mer au Lido, où M. le Pr Pende nous fit une conférence appropriée sur : « L'esprit latin-méditerranéen dans l'enseignement et dans la pratique de la médecine.

Nous ne voulons pas attendre davantage pour exprimer au Pr Giordano, aux Prs Morelli, Pende, Saraval, notre gratitude pour l'accueil exceptionnel que nous avons reçu d'eux.

Un voyage à Venise est toujours une chose exquise. Le séjour que nous venons de faire fut, certes, une fête pour les yeux et pour l'esprit, mais plus encore pour le cœur.

Nos confrères italiens, avec un sens profond des réalités, avec un tact plein de noblesse et d'élégance, ont passé sous silence certains nuages récents. Le Pr Giordano — dont l'affection pour ses amis de France n'a jamais varié — a été plein de prévenances pour les Congressistes. Ce fut un charme pour tous de visiter Venise sous la conduite du Maître, de goûter la beauté, l'ordre, la tranquillité d'une ville où les gens travaillent et sont souriants, où tous ont la légitime fierté du merveilleux succès qui a couronné tant d'héroïsme.

A l'issue de la première séance, les congressistes



DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

sont allés à la Cà Littoria déposer une couronne sur le monument des martyrs de la Révolution.

Médailles des épidémies

Médaille d'or. — M. Roche, à Saint-Alban (Lozère), à titre posthume.

Médailles de vermeil. — M. Foveau de Courmelles, à Paris; M. Leforestier, à Péronne; Mlle Brunel, au Grau-du-Roi.

Médailles d'argent. — Mlle Dumas et M. Grimoud, à Toulouse; Mme Masson et M. Vailhé, à Saint-Alban (Lozère); MM. Bader et Roger, à Strasbourg; Tournier, à Villeurbanne; Richard, à Paris, Brimont, J. Lathieu, Mornas et Vincent, au Maroc.

Médailles de bronze. — MM. Plomion, à Troyes; Guy Achard, à Marseille; Dusserre-Telmon, à Grenoble; Fabre, à Virieu-sur-Bourbre; Ramadier, à Saint-Alban (Lozère); Lombard, à Vézelise; Mlle Gressier et M. Papillon, à Lyon; Mme Gauthier, Mlle Joos, MM. Gouffier, Labarrère, Leroux, Loiseau et Schwartz, à Paris; Guyot, à Thaon.

Manifestation Vital Hoton

La Fédération des médecins d'Ath-Lessines a fêté au cours d'un banquet le jubilé du Dr Vital Horton qui a exercé pendant cinquante ans la pratique médicale.

Le Club Aéro-médical de France

Depuis de longues années déjà, les médecins se sont intéressés au développement de l'Aéronautique et à la solution des problèmes d'ordre physiologique et pathologique soulevés par le séjour plus ou moins prolongé dans la haute atmosphère.

En France, notamment, les travaux de Crouzon, de Cruchet et Moulinier, de Garsaux, pour ne citer que les plus connus, ont fait faire de grands progrès à cette science nouvelle appelée la « Médecine Aéronautique ». Des Congrès internationaux, des réunions scientifiques ont permis de comparer les résulats obtenus dans de nombreux pays et d'établir une doctrine dont l'aboutissement est l'élaboration de règles universellement adoptées par l'intermédiaire de la Commission internationale de Navigation aérienne.

Depuis 1934, on avait assisté à la création de Groupements de médecins sollicités par une commune attraction aéronautique.

L'Association médicale aéronautique française tendait à réunir les membres du Corps médical pilotes ou pratiquant d'aviation et l'un de ses buts principaux, à côté de la propagande par les voyages, était l'étude de la physio-pathologie aérienne.

L'Aéro-Club inter-médical constituait plutôt un Centre de propagande très actif, surtout parmi les étudiants qu'il voulait attirer et convertir à l'aviation.

La similitude de buts : Le développement de l'aviation dans le monde médical, la différence de recrutement devaient tout naturellement conduire à la fusion de ces organismes complémentaires.

La fusion des deux groupements vient d'aboutir sous le nom Club Aéro-Médical de France, dont le Pr Cadenat, chirurgien des hôpitaux et pilote-aviateur, a bien voulu accepter la présidence.

Le bureau est ainsi composé : Président : Dr Cadenat; 1ers vice-présidents: MM. Perrin de Brichambault et Strohl; vice-présidents : MM. P. Garsaux, médecin-chef des Centres médicaux d'examen et d'études du ministère de l'Air et Jean Servier. — Secrétaire: M. Lelioux, pharmacien, pilote-aviateur. — Trésorier : M. Lagaillarde, élève pilote. — Trésorier-adjoint : M. Pierre Coussieu, interne des hôpitaux. — Bibliothécaire-archiviste : Mlle Guillemin, pharmacienne, élève-pilote. — Président des sections régionales : Pr Cruchet, médecin des hôpitaux, chef du Centre médical d'examen et d'études de Bordeaux.

Le Club Aéro-Médical de France, qui réunit tant de compétences justement estimées, se propose de collaborer effectivement au développement de l'aviation sanitaire, de veiller à la protection physio-pathologique des aviateurs, de faire progresser en France et de par le monde la médecine aéronautique, d'attirer à l'aviation et de faire voler effectivement le plus grand nombre possible de praticiens et d'étudiants.

Le Gérant : J.-B. BAILLIÈRE

Imp. N. Trécult. 8, rue Danton. Paris

DERNIÈRES NOUVELLES

Nécrologie

Le Dr Paul Pourteyron (de Pizou, Dordogne). — Madame Jeanne Laurent, mère de M. le Dr Léon Gérard, radiologue des hôpitaux, et de M. le Dr Pierre Gérard. — Le Pr Juan Carlos Navarro, professeur extraordinaire de clinique pédiatrique à la Faculté de médecine de Buenos-Aires, membre correspondant de la Société de pédiatrie, décédé à Buenos-Aires à l'âge de 52 ans. — Le Dr Gabriel Bertrand (de Paris), décédé à l'âge de 68 ans. — Le Dr Ad. Dufey (de Marseille). — Le Dr Otto Schmidt (de Strasbourg). — M. Serge Lurie, étudiant en médecine de la Faculté de médecine de Paris. — Madame Charles Lusean, mère de M. le Dr Georges Lusean. — M. Charles Janbon, père de M. le Dr Marcel Janbon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse. — Le Dr Cros. — Le Dr F. Honorez (de Binche, Belgique). — Le Dr Abel De Wulf, bourgmestre de La Panne (Belgique). — Lord Berkeley George Andrew Moynihan, président du Collège royal de chirurgie de Londres, un des fondateurs du Bristish Journal of Surgery. — Madame Marcel Lambret, belle-fille de M. le Pr Lambret (de Lille). — Madame J.-B. Chazaud, mère de M. le Dr René Chazaud. — Madame Gabriel Lachèze, femme de M. le Dr Gabriel Lachèze, mère de M. le Dr Michel Lachèze et belle-mère de M. le Dr Jean-Laroche. — Madame Martial Bazert, mère de M. le Dr Bazert. — Le Dr Marcel Vailhe, médecin légiste à Tarascon. — Le Dr François Milhau (de Nîmes). — Le Dr Herteeaut, médecin du chemin de fer du Congo belge. — Le Pr Hendrickx, professeur émérite de l'Ecole vétérinaire belge, membre de l'Académie de médecine de Bruxelles, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris. — Le Dr Paul Demade (de Bruxelles).

Mariages

M. le Dr Laurent Aubert et Mlle Arlette Mer. — Mlle Colette Renault, fille de M. le Dr Renault, et le lieutenant Michel Lafferrerie. — M. le Dr Roger Feldstein et Mlle Jacqueline Bernheim. — M. Pierre Guénin, interne des hôpitaux de Paris, fils de M. Luc Guénin, chirurgien-dentiste, et Mlle Alise Miellet. — Mlle Marie-Louise Guillaumin, fille de M. André Guillaumin, docteur en pharmacie, chevalier de la Légion d'Honneur, et de Madame André Guillaumin, et M. Robert Hales. — M. le Dr Jules Desfour et Mlle Suzanne Benés-Philippon. — Mlle Marie Gaujoux, fille de M. le Dr et de Madame Eugène Gaujoux, et M. le Dr Jean Chaptal. — Mlle Yvonne Lelong, fille de M. le Dr Joseph Lelong, médecin consultant à Aix-les-Bains, et M. Jacques Jonas. — Mlle Jeanne Deschaseaux, fille de M. Marcel Deschaseaux, maire de Plombières, président de la Compagnie des Thermes, et M. Yves Lafaille. — Mlle Suzanne Magne, fille de M le Dr Joseph Magne, chevalier de Saint-Grégoire-le-Grand, et M. Pierre Mandon. — M. le Dr Georges Blanc, électroradiologiste des hôpitaux de Marseille, et Mlle Yvonne Nollan. — M. le Dr Jean Vague, interne des hôpitaux de Marseille, et Mlle Denise Jouve, fille de M. le Dr X. Jouve. — M. le Dr Pierre Joubert, oto-rhino-laryngologiste à Marseille, et Mlle France Gueylard, docteur ès-sciences (de Paris). — M. le Dr Ernest Martin et Mlle Paulette Luc. — M. le Dr Conrad de Guide (de la Louvière) et Mlle Suzanne De Rasse.

Fiançailles

M. Jacques Gernez, fils de M. le D[r] Gernez, chirurgien de l'hôpital Tenon, et M[lle] Françoise Crivelli.

Naissances

M. le D[r] Fernand-Joseph Traissac (de Bordeaux) et Madame font part de la naissance de leur fils Pierre. Nos bien sincères félicitations.

Hôpitaux de Paris

Concours de l'internat. — *Composition écrite.- Anatomie.* — Question sortie : Nerf médian à partir du pli du coude. Ses branches collatérales, terminales et anastomotiques (sans histologie, ni physiologie).

Questions restées dans l'urne : 1. Nerf récurrent gauche sans histologie et sans embryologie. — 2. Anatomie descriptive de l'appareil ligamentaire et meniscal du genou, vaisseaux et nerfs, sans les rapports, sans l'histologie, sans la physiologie. — 3. Glandes sous-maxillaire avec ses vaisseaux, ses nerfs et sa physiologie (sans le canal excréteur, sans histologie, sans embryologie). — 4. (Question sortie). — 5. Configuration extérieure et rapports de la trachée (sans histologie, sans physiologie, sans embryologie). — 6. Anatomie descriptive et rapports de la tête du pancréas (sans histologie, sans physiologie, sans embryologie). — 7. Tronc de l'artère sous-lavière droite avec l'origine seule des branches (sans histologie, ni physiologie, ni embryologie).— 8. Les deux muscles pterygoïdiens. Leurs vaisseaux, leurs nerfs et leur physiologie (sans l'histologie).— 9. Nerf phrénique gauche et la physiologie des nerfs phréniques (sans l'embryologie ni l'histologie).

Pathologie médicale. — Question sortie : Symptômes et diagnostic du cancer primitif du poumon.

Questions restées dans l'urne : 1. Symptômes et formes cliniques de la pneumonie franche lobaire aiguë (sans complications, ni diagnostic). — 2. Symptômes et diagnostic des angines et des néphrites de la scarlatine. — 3. Symptômes et diagnostic du cancer de la tête du pancréas. — 4. Symptômes, diagnostic des hémorragies et perforations intestinales de la fièvre typhoïde avec les indications thérapeutiques. — 5. Symptômes et diagnostic des paralysies faciales périphériques et centrales. — 6. Séméiologie, diagnostic étiologique et différentiel des ascites. — 7. Symptômes formes cliniques et diagnostic des zonas. — 8. (Question sortie). — 9. Symptômes et diagnostic des anévrysmes de la crosse de l'aorte.

Pathologie chirurgicale. — Question sortie: Les phlegmons de la paume de la main.

Questions restées dans l'urne : 1. Fractures fermées récentes du tiers inférieur du fémur, chez l'adulte. — 2. Luxations récentes traumatiques antero-internes de l'épaule, sans les luxations récidivantes. — 3. Examen d'un blessé atteint d'une plaie pénétrante de poitrine, siégeant dans la région precordiale. Indication thérapeutique. — 4. Hémorragies et perforations de l'ulcère du duodénum. — 5. Invagination intestinale aiguë du nourrisson. — 6. Examen clinique et diagnostic des tumeurs du testicule. — 7. Tumeur blanche du genou chez l'enfant. — 8. Signes, diagnostic et traitement du cancer du colon pelvien. — 9. (Question sortie).

Ecole de médecine de Reims

Par décret en date du 4 octobre 1936, rendu sur le rapport du ministre de l'Education nationale, il est créé à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims une chaire d'anatomie pathologique.

Hôpitaux de Toulon

Concours pour cinq places d'internes en médecine et chirurgie. — Le mardi 17 novembre 1936, à 8 heures du matin, sera ouvert aux hospices civils de Toulon un concours pour cinq places d'internes en médecine et chirurgie.

Conditions d'admission au concours. — Pour être admis à concourir les candidats devront satisfaire aux conditions suivantes :

1° Etre français ou naturalisé français.

2° Etre agréés par la Commission administrative qui établira la liste des candidats admis à se présenter au concours.

Pour assurer l'exécution des dispositions qui précèdent, les candidats devront déposer au secrétariat général des hospices civils de Toulon les pièces suivantes :

1° Leur acte de naissance.

2° Un certificat de bonne vie et mœurs.

3° Le bordereau d'une Faculté ou d'une Ecole française constatant qu'ils sont pouvus au moins de douze inscriptions validées ancien régime ou seize inscriptions validées nouveau régime.

4° Un certificat de régularité d'études et de bonne conduite émanant du Doyen d'une Faculté et, au cas où ils auraient déjà rempli les fonctions d'interne ou d'externe dans un hôpital, un certificat de l'Administration de cet établissement.

5° L'engagement écrit de se conformer au règlement des hospices civils de Toulon ainsi qu'aux décisions et délibérations pouvant être prises ultérieurement par la Commission administrative.

Toutes les pièces dont il s'agit devront être délivrées par les autorités compétentes et toutes les signatures dûment légalisées.

Sanatoriums publics

M. le D[r] Reumaux, médecin directeur du sana-

torium de la Bucaille à Aincourt (Seine-et-Oise), a été nommé, sur sa demande, médecin directeur du sanatorium de Saint-Sever (Calvados).

M. le Dr Schouller, médecin directeur du sanatorium de Saint-Sever (Calvados), a été nommé, sur sa demande, médecin directeur du sanatorium de Saint-Gobain (Aisne).

M. le Dr Augé, médecin directeur du sanatorium de la Grolle-Saint-Bernard (Charente), a été nommé médecin directeur du sanatorium de la Bucaille à Aincourt (Seine-et-Oise).

M. le Dr Thorain, médecin-adjoint au sanatorium de la Chapelle-Saint-Mesmin (Loiret), a été affecté au sanatorium de Saint-Sever pour la période 16 juillet-16 août 1936; au sanatorium de la Grolle-Saint-Bernard (Charente), à dater du 16 août 1936.

Mlle le Dr Fié, médecin-adjoint au sanatorium interdépartemental d'Hauteville (Ain), a été nommée, sur sa demande, médecin-adjoint au sanatorium de la Chapelle-Saint-Mesmin (Loiret).

Mlle le Dr Rénié a été nommée médecin-adjoint au sanatorium interdépartementale d'Hauteville (Ain).

Mme le Dr Canto, médecin-adjoint au sanatorium d'Helfaut (Pas-de-Calais), a été nommée, sur sa demande, médecin-adjoint au sanatorium interdépartemental de Saint-Gobain (Aisne).

Mme le Dr Rougier-Marmet a été nommée médecin adjoint au sanatorium du département du Rhône à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère).

Bureau municipal d'hygiène de Dieppe

La vacance du poste de directeur du bureau municipal de Dieppe est déclarée ouverte.

Les candidats à ce poste adresseront au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 1er bureau) leur demande accompagnée de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures.

Les candidats ne devront pas être âgés de plus de 50 ans. Le traitement est fixé à 15.000 francs; il s'y ajoute une indemnité de 6.000 francs pour l'inspection des écoles. Le titulaire du poste n'est pas autorisé à faire de la clientèle, mais peut être appelé à prêter son concours aux services départementaux et municipaux d'assistance et d'hygiène sociale.

Maison Franco-Japonaise de Tokio

M. le Dr Patey, ancien interne des hôpitaux, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, remplace M. le Dr Motte, arrivé au terme de sa mission.

Inauguration du buste du Dr Emile Roux à Angoulême

Le buste de bronze du Dr Emile Roux, offert à la ville d'Angoulême par l'Académie de médecine au nom de la Fondation nationale Roux, a été inauguré sur le rempart d'Angoulême.

Devant le buste du savant, né à Confolens, le Pr Marchoux, au nom de l'Académie de médecine et en présence de la municipalité d'Angoulême, des sénateurs et députés, du Pr Louis Martin, directeur de l'Institut Pasteur et de nombreux membres de la famille du Dr Roux, a rendu un sobre et magnifique hommage au continuateur des travaux de Pasteur. Après avoir évoqué ses origines modestes et sa vie de labeur, il dit :

« Roux fut le dernier représentant de cette période héroïque où naquit la science des microbes et où autour de Pasteur, vivait dans le recueillement du laboratoire, une pléiade de jeunes savants pleins d'enthousiasme et de généreux désintéressement. Entre tous, il s'est distingué par sa valeur scientifique, sa conception du devoir et la noblesse de son existence. Il fut une des gloires de notre pays.

Et le Pr Marchoux a conclu en ces termes :

« Puissent les mères conter aux enfants quand, sur ce grand boulevard elles surveillent leurs joyeux ébats, les mérites de ce grand savant qui s'est si heureusement employé pour eux et leur offrir en exemple cette vie de noble dignité et de fécond travail. Puissent les passants en voyant l'image de Roux, s'incliner et dire : « Ce fut un homme de bien qui illustra sa patrie ».

Le préfet Cumenge s'est associé à cet hommage et a joint sa voix à celle du Pr Marchoux pour redire avec émotion la magnifique leçon que constituent pour les générations, la vie et l'œuvre du Dr Roux. Les enfants des écoles ont ensuite défilé devant le monument déposant chacun une gerbe de fleurs.

Conférences du Congrès d'hygiène

A l'occasion du XXIIIe Congrès d'hygiène, quatre conférences publiques auront lieu au grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur (28, rue du Docteur Roux, Paris XVe) :

Lundi 19 octobre 1936, à 15 heures 30. — M. le Dr Lamy, directeur des services d'hygiène de Seine-et-Marne : *Données actuelles sur la désinfection.*

Lundi 19 octobre 1936, à 16 heures 30. — M. le Pr Levaditi, membre de l'Académie de médecine, chef de service à l'Institut Pasteur : *Les ultra-virus.*

Mardi 20 octobre 1936, à 16 heures. — M. le Pr Penso (de Rome), membre de l'Institut de la Santé publique, membre de l'Académie royale de médecine : *Le méningotyphus éruptif des porchers.*

Mercredi 21 octobre 1936, à 16 heures. — M. le



DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Dr Hazemann, médecin inspecteur de l'O. P. H. S., chef de cabinet technique de M le ministre de la Santé publique : *Les centres de santé et de travail social.*

Fédération Nationale des médecins du front

(Siège social : 122, boulevard Saint-Germain, Salle de la Bourboule).

La Fédération Nationale des médecins du front informe les camarades des différentes Associations fédérées qu'elle est chargée de célébrer la cérémonie de la Flamme le jeudi 22 octobre.

Elle convie tous les médecins et étudiants à venir participer en grand nombre à cette manifestation.

Le rendez-vous est fixé à 18 heures 15, sur le trottoir de gauche de l'avenue des Champs-Elysées, à la hauteur de l'Hôtel Astoria.

La Flamme sera ranimée par le Président d'honneur de la Fédération, le Dr Landrin.

Association française des femmes médecins

(*Reconnue d'utilité publique*)

La prochaine réunion aura lieu le dimanche matin 25 octobre, à 9 heures, aux Institutions municipales de Suresnes.

Pour tous renseignements s'adresser à la secrétaire générale, Mlle Serin, 11, boulevard de Port-Royal, Paris 13e.

Manifestation Haibe

A Namur, une émouvante manifestation a été organisée en l'honneur du Dr Achille Haibe, l'éminent directeur de l'Institut de bactériologie. Homme de bien et hygiéniste de grande valeur, le Dr Haibe exerce depuis trente-cinq ans une action tenace et bienfaisante dans la région namuroise, au bénéfice de la santé publique.

Il fut solennellement reçu par les autorités communales et par M. le ministre Bovesse, président du Comité de Wallonie. Le Pr Bordet assistait cette cérémonie. M. Huart, bourgmestre, retraça la carrière du Dr Haibe, titulaire de nombreuses distinctions académiques, et lui exprima les plus chaleureuses félicitations au nom de la population namuroise.

Ligue contre la surdité

Après sa dernière assemblée générale, tenue le 20 septembre, le bureau de la Ligue contre la surdité (secrétariat général : Palais Doria, 143 bis, promenade des Anglais, Nice) est ainsi constitué : président d'honneur : M. le Pr Portmann; président : M. Robert Morche ; vice-présidents : MM. Auguste Lumière, Foveau de Courmelles, Arama-Michel, Pierre Isaac; secrétaire général : M. Albert Candau; trésorier : Mme S. Descarrières; membres : MM. Constantin, le colonel Grépinet, Machicot, Témine et Vial.

Le Gérant : J.-B. BAILLIÈRE

Imp. N. Trécult. 8, rue Danton Paris

DERNIÈRES NOUVELLES

Nécrologie

Le Dr S. Banzet, chirurgien de l'hôpital-école des Peupliers, officier de la Légion d'Honneur, père de M. le Dr Paul Banzet, chirurgien des hôpitaux de Paris, à qui nous adressons l'expression de notre douloureuse sympathie. — M. Joseph Rouche, employé depuis 53 ans à la librairie J.-B. Baillière et Fils. Il donnait un précieux concours pour la bonne marche de *Paris Médical*, il était bien connu des familiers de la librairie dont beaucoup savaient quels précieux renseignements bibliographiques ils trouvaient auprès de lui. Nous exprimons à Madame Joseph Rouche, à sa nièce Madame Thévenot, à son frère M. Eugène Rouche, tous deux également employés à la librairie, nos sentiments de douloureuse sympathie.— Le Dr Alfred Riff (de Strasbourg).— Le Dr Cros (de Pierre-Bénite, Rhône).— Mlle Madeleine Salembiez, interne des hôpitaux de Paris. — Le Pr Amédée Marion (de Montréal). — Le Dr Roumaillac (de Captieux). — Le Dr Pourteyron, ancien député de la Dordogne, décédé à l'âge de 91 ans.— Bernadette Lherminez, âgée de 2 ans 1/2, fille de M. le Dr et de Madame Lherminez (de Raimbeaucourt). — Le Dr Arturo Zabala (de Buenos-Aires), médecin chef de l'hôpital Rivadavia. — Le Pr Ferruccio Caneva (d'Azzate, Italie), président de l'hôpital Fatebenefratelli et fondateur de la maison de santé populaire de Gênes. — Le Pr James Meschter Anders, professeur à la Faculté de médecine de Pensylvanie à Philadelphie. — Le Dr Fernand Bachon (d'Alger). — Le Dr Henri Castels (de Bordeaux). — Le Dr Desperies (de Millau). — Le Dr Foucaud, médecin chef de 1re classe de la marine, décédé à Rochefort-sur-Mer. — Le Dr Alphonse Hervé, médecin principal de la marine, décédé à Matignon. — Le Dr Alfred Kœssler (de Strasbourg). — Le Dr Octave Sirot (de Dijon). — Le Dr Pierre Reinburg (de Saintes). — Le Dr Jean Durand, sénateur de l'Aude, ancien ministre. — Le Dr Rischard (de Luxembourg). — Madame Gilbert Roubeau, mère de M. le Dr Henri Roubeau, médecin consultant à Vichy, Croix de guerre, belle-mère de M. le Dr J. Belot, médecin électroradiologiste de l'hôpital Saint-Louis et de l'Institut du cancer, officier de la Légion d'Honneur. — Le Dr Henri Le Meignen, médecin honoraire des des hôpitaux de Nantes, officier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, décoré de l'ordre pontifical « Bene Merenti ». — Le Dr Victor Even (de Pont-Réau, Ille-et-Vilaine).

Mariages

M. le Dr Henri Gaubert et Mlle Germaine Dewailly. — Mlle Marguerite Vigneron, fille de M. Pierre Vigneron, directeur technique, administrateur des Laboratoires Dausse, et de Madame, et M. Michel Foulon. Nos sincères félicitations.

Fiançailles

Mlle Evelyne Friedel, fille de M. le Dr et de Madame Friedel, et M. Jean Lawton.

Naissances

M. le Dr et Madame Georges Didier-Gautier font part de la naissance de leur fils Alain.

Hôpitaux de Paris

Concours de l'internat. — Répartition des membres du Jury en trois sections.— *Anatomie:* 2 médecins : MM les Drs Rivet et Barbé; 2 chirurgiens :

MM. les Drs Chifoliau et Toupet; 1 spécialiste : M. le Dr Veil (Prosper).

Pathologie médicale : 5 médecins : MM. les Drs Péron, Riehet, Coureoux, Laubry, Lelong.

Pathologie chirurgicale : 4 chirurgiens : MM. les Drs Thalheimer, Bloch, Sorrel, Braine; 1 accoucheur : M. le Dr Desnoyers.

Liste alphabétique des candidats ayant remis trois copies. — MM. Abeille, Adam, Albahary, Alison, Alpérine, Amado, Mlle Aneel, MM. André, Anquetil, Arnaud, Arnavielhe, Arsiteh, Aslanian, Astié, Attali, Mlle Aubin, MA. Aubouy (Marcel), Audoly, Audry, Aurégan, Aurenche, Azaiz, Azoulay.

Bachet, Bailly, Ballade, Ballerin, Bancaud, Barbier (Jaeques-Pierre), Barbier (Pierre-Louis), Bareau, Barré (Yves-Louis), Barrier, Bastar, Bastin, Bauchart. Baudon, Bauer, Beaufils, Beaugrand, Bellctoille, Mlle Bellettre, M. Ben-Haim, Mme Benoit née Muller, Mlle Bentkowski, MM. Bernard (Lucien), Bernard (Pierre), Bertrand (Jean), Bessières, Bessil, Bibas, Blancard (Pierre), Blanchon, Blestel, Blinder, Bolivar, Bolo, Bonduelle, Bonnet (Jacques), Boreau, Bouche, Boudon, Boulay (André), Bourdeau, Bourdin, Bourgine, Bourhy, Boxrlière, Braconier-Leclerc, Brault, Bretton (Roger), Bricaire, Mlle Brille, MM. Brisset, Brochenin, Buchenaud, Bugaut, Butet, Butzbach (Jacques-René), Butzbach (Jean-Camille, Buy.

Cabriéres, Cahen, Callerot, Campagne, Camus (Jean-Louis), Capron, Carasso, Carballo, Carlotti, Castaigne, Castany, Caufment, Mlle Caulliez, Mme Cauvy, MM. Chabasseur, Chalochet, Champagne (Pierre), Champagne (Raymond), Chaouli, Chappé, Chartrain, Chessèbeuf, di Chiara, Chigot, de Chirae, Clamageran, Claracq, Clerfeuille, Clotteau, Cluzeau, Coblentz, Cohen (José), Compagnon, Comte (Joseph), Cornet, Mlle Corre, MM. Cossart, Costa, Cotillon, Courchet, Coutin, Coville, Cuvéreaux.

Dailly, Mlle Damiens, MM. Danel, Danion, Danset, Mme Darhowsky, MM. Darricau, Darris, Dastugué, Daverne, Debost, Debusschére, Deguillaume, Delabroise, Delair, Delatour, Delcambre, Delormeau, Delouche, Demassieux, Denizet, Deprez, Desclaux, Desfosses, Deuil, Didier, Dos-Ghali, Mlle Doumic, M. Douville, Mlle Dreulle, M. Druilhe, Mlle Dubois, MM. Dubost, Ducournau, Dufour (Jean), Dufourmentel, Dufresne, Dugrenot, Mlle Dunand-Henry, MM. Dupuis, Durgeat, Durupt, Duval (René).

Ebstein, El-Baz, Eman-Zadeh, Enel, Etienne, Eudel, Mlle Eyrand.

MM. Faugeroux, Fayein, Mlle Feder, MM. Feld, Feldmann, Fénelon, Ferrand, Feuillette, Filippi, Fischgrund, Florés, Fonteix, Fortin, de Fourmestraux, Fournier, François, Fraquet, Frebet, Freret, Fressinaud-Masdefeix, Froidefond, Froissant, Fronville.

Gallaut, Gallimard, Galmiehe, Gandrille, Mlle Garnier, MM. Gatovsky, Gaulier, Gauthey, Gauthier, Geffriaud, Geismar, Genthon, Germain, Gertzberg, Gheorghiu, Gibert, Gibon, Gibrat, Gimaut, Giraud, Mlle Giret, M. Girod, Mlle Gontcharoff, MM. Gougerot, Goulesque, Goury-Laffont, Grand, Mlle Granier, MM. Granjon, Grislain, Mlles Grould, Gcumbach, MM. Gueret, Guimezanes, Guiot (Gérard).

Habas, Hadengue, Hagnet, Hallé, Mlle Haller, MM. Haquin, Hardel, Hauser, Hausmann. Hébert, Hertzog, Mlle Heulot, MM. Hondart, Huber, Mlle Hufnagel.

MM. Isorni, Israël.

Jacquemin, Jardel, Joinville, Joublin, Jouon, Joussemet.

Kaeppelin Kartun, Kavoussi, Klein, Klotz, Kreisler, Kropf, Kuss.

Labayle, Lacombe, Lacroix, Mlle Laisney, M. Lajouanine, Mlle Lambert (Alice), MM. Lambert (Léon), Lambert (Raymond), Landau, Laneuville, Lang (Paul), Lange (Eugène, Langevin, Lanvin, Larcelet, Mlle de Larminat, MM. Lartigue, Laumonnier, Leandri, Lebel, Leboff, Lebovici, Le Bozec, Le Brigand, Lebrun, Lecœur, Lecointe, Mlle Lecuyer, M. Lefer, Mlle Lefevre (Jacqueline), MM. Le Floch, Leger, Legrand, Lelievre, Lemanissier, Lemierre, Lenoël, Lenoir, Leprat, Lesca, Le Sourd, Mlle Leuthreau, MM. L'Hirondel, Libert, Lichnewsky, Lienard, de Lignières,, Mlle Lindeux, MM. Loeper, Logeard, Loiseau (James-Samuel), Lolméde, Mlle Lotte. M. Loubrieu.

Mlle Magallon-Graineau, M. Magder, Mlle Mage (Edith), MM. Mage (Jean), Maignan, Maillard (Claude), Maillard (Jean), Maille, Maillez, Mlle Mangenot, MM. Mantoux, Marchon, Mlle Maréchal (Ernestine), MM. Mariani, Marmier, Martin (Paul), Martin de Frémont (Henri), Martinet, Martinon, Masson (René), Matteï (Marc), Mme Matteï (Marie), MM. Maurice, Meillon, Menanteau, Mendelsohn, Metzger, Mlle Meugé, MM. Meyer (Henri), Mignon, Minkowski, Moch, Molimard, Momon, Monod (Marc), Mlle Montalant, MM. Morel, Motte, Mouchot, Moullé, Mouton, Muller (Jean, Noël), Musset (René).

Nadiras, Neel, Negellen, Nespoulous, Mlle de Neyman, MM. Nguyen-Trung (Nam), Nick.

Olbinsky, Orgogozo, Orliac, Oudot.

Palmer, Paley, Mlle Papot, MM. Parant, Parsy, Mlle du Pasquier, MM. Pastier (Jean), de Paulo, Payer, Perigois, Pérol, Perrier, Pestel, Petit (Camille), Petit (Jacques), Petit (Jean), Petit (Norbert), Peyron, Phéline, Philippe (Bernard), Philippe (Mathieu), Piarrat, Piguet, Pillet, Mlle Pinard, MM.

Pineau, Pinet, Pinot, Placa, Pointeau, Poissonnet, Pons, Pouret, Poussier, Pradelle, Mlle Prettre, MM. Prin Prochiantz, Mlle Provendier, MM. Prudhommeaux, Pruvot.

Radzievsky, Raymond (Jean, Justin), Mlle Raymond (Maria), MM. Raymondaud, Raynaud, Mlle Remond (Simone), MM. Renault, René-Boisneuf, Revel, Reynaud, Mlle Rist, M. Ristelhuber, Mlle Rivet, MM. Robert (Jean), de Rocca Serra, Rochlin, Rodde, Roger, Rognon, Rometti, Ronsin, Mlle Rosental, MM. Rouault, Rouget, Roujon, Roulland, Rousset, Rouzaud, Roy (Bernard), Ruel.

Mlle Sachnine, MM. Salet, Salinesi, Saltet de Sablet, Mlle Saulnier (Micheline), MM. Scebat, Schermann, Schneider, Sclafer, Sénéchal (André, Jean), Sénechal (Jean, Jacques), Sénechal (Robert), Sérane, Mlle Seror, MM. Serre, Serreau, Sevileano (Eugène), Sevileano (Nicolas), Seyer, Mlle Seyrig, MM. Sicard (Pierre), Simon (René), Sobieski, Sohier, Soulier, Sriber, Mlle Stahland, MM. Statlender, Stefani, Steinberg, Sterboul, Stevenin.

Tahar, Ternier, Tetreau, Thaon, Thieblot, Thorel, Thoyer-Rozat, Tiret, Torre, Mlle Tostivint, MM. Toufesco, Toulouse, Mlle Tourneville, MM. Tran-Van-Hoa, Trémolières, Tricot, Tulou, Tzannetis.

Umdenstock.

Vakili, Vasquez, Verdez, Verliac, Vermenouze, Vernes, Verriez, Verstraete, Veyrieres, Vialard-Goudou, Vignié, Vila, Villanova, Villebrun, Vissian, Vittrant, Vivien.

Weill, Wetterwald, Mlle Wetzlar, MM. Weyl, Wintrebert, Mlle Wolfromm (Hélène), M. Wolfromm (René).

Concours pour la nomination à deux places de stomatologiste des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le mercredi 25 novembre 1936, à 8 heures 30, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (salle des Commissions).

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration de l'Assistance publique, de 14 à 17 heures, du lundi 26 octobre au mercredi 4 novembre 1936 inclusivement (dimanches et fêtes exceptés).

Conditions du concours. — Les candidats ayant la qualité de français sont seuls admis à concourir. Les étrangers naturalisés ne pourront être admis à concourir qu'à l'expiration du délai de dix ans, à compter de la promulgation du décret leur ayant conféré la nationalité française.

Ces candidats doivent justifier qu'ils possèdent, depuis un an révolu, le titre de docteur en médecine, obtenu devant une Faculté de médecine de France (diplôme d'Etat). Toutefois les internes en médecine seront, s'ils ont accompli quatre années entières d'internat dans les hôpitaux et hospices de Paris, tenus seulement de justifier de la possession du diplôme d'Etat de docteur en médecine.

Pour les internes qui n'auraient pas terminé les quatre années dont il s'agit à raison de leur nomination comme chef de clinique dans l'un des services de la Faculté établis dans les hôpitaux de Paris, les années de clinicat seront comptées comme années complémentaires d'internat.

Les candidats qui désirent prendre part au concours doivent se présenter au bureau du Service de santé de l'Administration pour obtenir leur inscription, en déposant leurs pièces et signer au registre ouvert à cet effet. Les candidats absents de Paris ou empêchés peuvent demander leur inscription par lettre recommandée.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture du registre ne peut être accueillie.

Le jury du concours est formé dès que la liste des candidats a été close.

Le jury du concours pour les places de stomatologiste des hôpitaux se compose de cinq stomatologistes, d'un médecin et d'un chirurgien des hôpitaux, tirés au sort parmi les stomatologistes titulaires, en exercice ou honoraires, les médecins et les chirurgiens chefs de service en exercice ou honoraires, ainsi que parmi les stomalogistes, médecins et chirurgiens des hôpitaux, non encore titularisés, mais exerçant leurs fonctions depuis huit années, à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination.

Faculté de médecine de Beyrouth

Au cours de l'année scolaire 1935-1936, la Faculté française de médecine de Beyrouth a délivré 24 diplômes d'Etat de docteur en médecine. (Le chiffre qui précède chaque nom est le numéro du diplôme).

2 ont été décernés le 8 novembre 1935 :

938. Basile (Georges), né le 28 décembre 1912, à Ghalboum (Liban).

939. Elnékaveh (Samuel), né le 1er mai 1911, à Caïffa (Palestine).

22 ont été décernés le 26 juin 1936 :

9. Aoun (Wadih), né le 3 juin 1911, à Barranquilla (Colombie).

10. Arditi (Ino, né en 1910, à Istip (Yougoslavie).

11. Arnouk (Mourad), né en 1913, à Metn-Arnouk Gouvernement de Lattaquié.

12. Arslanian (Joseph-Rivork), né le 6 octobre 1912, à Aïntab (Turquie).

13. Basile (B.-Naef), né le 18 décembre 1911, à Hadel-el-Joubbeh (Liban).

14. Chaïb (Emile), né en 1909, à El-Komatie, près Aby (Liban).

15. Chemali (M.-Elie), né en 1910, à Seuheïlé, près Antoura (Kessrouan-Liban).

*

16. El'Effendi (Abdel-Kader), né en 1911. à Alep (Syrie).

17. Fauzi (Kamil Amed Amed), né le 20 septembre 1912, à Alexandrie (Egypte).

18. Goraïeb (Emile), né le 20 novembre 1912, à Port-Saïd (Egypte).

19. Halabi (Antoine), né le 27 décembre 1911, à Asklé, Tripoli Mina (Liban).

20. Hinain (Antoine), né le 27 décembre 1911, à Chyah, près Beyrouth (Liban).

21. Kaba (Wagih), né le 24 novembre 1911, à Homs (Syrie).

22. Khoury (Jean-Pierre), né en février 1911, à Beyrouth (Liban).

23. Mouaïad (El Azm Mouïn), né le 3 novembre 1912, à Damas (Syrie).

24 Naggiar (Albert), né le 4 octobre 1912, à Maallakat-Zahlé (Liban).

25. Riskallah (Antoine), né en 1909 à Kneïssé-Metn (Liban).

26 Saab (Henri), né en 1910, à Baabda (Liban).

27. Soubra (Mahmoud), né en 1914, à Beyrouth (Liban).

28. Tarazi (Edouard), né en octobre 1912, à Beyrouth (Liban).

29. Tawa (Raphaël-Habib), né le 23 mai 1913, à Alexandrie (Egypte).

30. Tourbah (Bahige), né le 16 juillet 1913, à Beyrouth (Liban).

Service de santé militaire

Liste complémentaire des candidats admis à l'Ecole du service de santé militaire à la suite du concours de 1936 (section de médecine).

1e *Candidats à quatre inscriptions :* MM. Michel, Caron, Imbaud.

2° *Candidats P. C. B.* : MM. Henry, Amar.

Service de santé de la marine

Par décision ministérielle du 6 octobre 1936, et conformément aux prescriptions des décret et arrêté des 20 et 22 décembre 1930, les officiers du Corps de santé ont obtenu, après concours, le titre de professeur agrégé des Ecoles de médecine navale :

I. *Branche physiologie et médecine.* - M. Mondon, médecin principal, médecin des hôpitaux maritimes. Cet officier supérieur conservera ses fonctions d'adjoint au professeur de clinique interne de pathologie exotique à l'Ecole d'application.

II. *Branche anatomie et chirurgie* (Section chirurgie générale). — M. Badelon, médecin de 1re classe, chef de clinique chirurgicale. Cet officier sera adjoint au professeur de clinique externe et chirurgie d'armée à l'Ecole d'application, à partir du 1er novembre 1936, en remplacement de M. Perves.

Conformément aux dispositions de l'article 6 du décret du 21 décembre 1930, M. Badelon est nommé chirurgien des hôpitaux maritimes, à partir du 6 octobre 1936.

Par décision ministérielle du 13 octobre 1936, ont été nommés, après concours, aux emplois de chargés de cours énumérés ci-après, les médecins de 1re classe dont les noms suivent, pour une période de quatre ans, comptant du 1er novembre 1936 :

Ecole principale du Service de santé de la marine. — *Physiologie, hygiène et médecine légale* : M. Beauchesne (R.-G.-M.), en service à Toulon.

Ecoles annexes de médecine navale. — 1° *Histologie et embryologie.* - Ecole annexe de Toulon : M. Lembrez (J.-A.), en service à Toulon.

Ecole annexe de Brest : M. Lafferre (M.-H.-P.), en service à Cherbourg.

2° *Physiologie et séméiologie.* - Ecole annexe de Toulon : M. Puyo (P.-H.-F.), en service à Toulon.

Ecole annexe de Rochefort : M. Chertin (F.-J.), en service à Cherbourg.

Ces officiers du Corps de santé rejoindront leur nouvelle affectation le 1er novembre 1936.

Distinctions honorifiques

A l'occasion du Congrès international d'hydrologie qui vient de se tenir à Belgrade, le gouvernement yougoslave a décerné les distinctions suivantes:

Grand officier de la Couronne : M. le Pr Rathery.

Officiers de la Couronne : MM. Françon (d'Aix-les-Bains), de Comtard (Clermont-Ferrand), René Fabre (Paris), Vlès (Strasbourg), Chabrol (Paris).

Commandeur de Saint-Sava : MM. Flurin (de Cauterets), le Pr Péry (de Lyon).

Officiers de Saint-Sava: MM. le Pr Fontès (Strasbourg) et Justin-Besançon (Paris).

Institut du radium de l'Université de Paris

L'Institut du radium demande, pour les services de la Fondation Curie, un médecin-assistant, jeune docteur en médecine ou étudiant à la fin de ses études, disposé à consacrer tout son temps à des travaux de clinique et de thérapeutique, et ayant (de préférence) une formation en radiologie médicale.

Les candidats à ce poste sont priés de se présenter à l'Institut du radium (laboratoire Pasteur), 26, rue d'Ulm (Ve), les mardis, jeudis et samedis de 10 heures à midi, jusqu'au 30 novembre.

Asiles publics d'aliénés

Vacance d'un poste de médecin directeur. — Le poste de médecin directeur de l'asile départemental d'aliénés de Braqueville (Haute-Garonne) est vacant par



DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

suite du départ de M. le Dr Dide, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Inspection départementale d'hygiène de la Haute-Savoie

Concours pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène. — Il sera ouvert à Paris, au ministère de la santé publique, un concours sur titres, pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène de la Haute-Savoie.

La limite d'âge est fixée à quarante-cinq ans et peut être reculée d'un temps égal à la durée des services civils ou militaires ouvrant des droits à la retraite.

Les candidats devront être français et s'ils sont naturalisés satisfaire aux conditions posées par la loi du 26 juillet 1936 sur l'exercice de la médecine. ils devront être pourvus du diplôme d'Etat de docteur en médecine et d'un diplôme d'hygiène universitaire français.

Un droit de priorité sera réservé aux médecins hygiénistes déjà en fonctions remplissant les conditions ci-dessus indiquées.

Les demandes, rédigées sur timbre, devront être envoyées avant le 15 novembre 1936, au préfet de la Haute-Savoie, à qui il convient de s'adresser pour obtenir tous renseignements complémentaires, notamment la liste des pièces à fournir par les candidats.

Le traitement est fixé de 42.000 à 52.000 francs en quatre classes.

Bureau municipal d'hygiène de Lyon

Vacance du poste de directeur du bureau municipal de Lyon. — La vacance du poste de directeur du bureau municipal de Lyon est déclarée ouverte.

Les candidats à ce poste ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication (17 octobre), pour adresser au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 1er bureau) leur demande accompagnée de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques ou administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures.

Ils devront justifier de la qualité de français et, en cas de naturalisation, faire attester par le préfet qu'ils remplissent les conditions prévues par l'article 7 de la loi du 26 juillet 1935 relative à l'exercice de la médecine.

Ils devront produire, en outre, une copie certifiée conforme de leurs diplômes, en particulier du diplôme d'Etat de docteur en médecine, leur acte de naissance, ainsi qu'un extrait de leur casier judiciaire ayant moins de trois mois de date.

Les candidats ne devront pas être âgés de plus de trente-cinq ans, cette limite d'âge étant reculée d'un temps égal à la durée des services antérieurs militaires ou civils, ouvrant des droits à la retraite.

Le traitement de début est fiyé à 45.000 francs avec augmentation éventuelle suivant décision du maire.

Le titulaire du poste n'est pas autorisé à faire de la clientèle.

XXIIIe Congrès d'hygiène

Le Congrès annuel d'hygiène, organisé par la Société de médecine publique et le génie sanitaire, s'est ouvert le lundi 19 octobre, à l'Institut Pasteur, en présence de Mme Suzanne Lacore, sous-secrétaire d'Etat à la Protection de l'enfance, assisté du Pr Leclainche, de l'Institnt, président; du Dr Louis Lamy, directeur de l'Institut Pasteur, etc.

Après diverses allocutions, les travaux ont commencé par la lecture des rapports.

Ceux-ci ont continué l'après-midi par des communications sur l'épidémiologie, par le Dr Ichock, le Pr Parisot et le Dr Robert-Lévy. Le Dr Louis Lamy fit ensuite une conférence sur la désinfection, après laquelle le Syndicat des médecins hygiénistes tint une réunion privée.

Hommage au Pr Fernand Lemaître

Les élèves, anciens élèves et amis du Pr Fernand Lemaître désirant, à l'occasion de son élection à l'Académie de médecine, de sa promotion au grade

de commandeur de la Légion d'honneur et de sa vingt-cinquième année d'exercice comme oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, lui manifester leur respectueuse sympathie, ont décidé de faire frapper une médaille.

Cette médaille, gravée par M. G. Prud'homme, l'artiste bien connu, sera, en toute simplicite, remise au Pr Lemaître le 10 décembre prochain, dans son service de l'hôpital Lariboisière.

Espérant que, désireux de rendre hommage au maître ou à l'ami et de posséder l'œuvre d'art où ses traits seront fixés, nombreux seront ceux qui voudront bien se joindre à eux, les membres du Comité prient d'adresser le montant de la souscription (100 francs) au Dr P. Jourdan, trésorier du Comité, 98, rue du Faubourg-Poissonière, Paris (Xe).

Assemblée générale de la médecine française

Les assises de 1937 débuteront le 10 janvier 1937 à Paris, à l'Hôtel-Dieu, sous la présidence de M. le Pr Fernand Besançon.

Question : *Primo-infection tuberculeuse.*

Dans les assises suivantes, on étudiera : la natalité; la fièvre typhoïde, l'éducation physique.

Les *Assises du Souvenir* se tiendront au château de Montaigne, en Périgord. Enfin, en septembre, un pélerinage aura lieu à Saint-Servan, pour l'anniversaire de la mort de Jean Charcot et de ses compagnons du *Pourquoi Pas?*

Le Gérant : J.-B. BAILLIÈRE

Imp. N. Thréoult, 8, rue Danton, Paris

DERNIÈRES NOUVELLES

Nécrologie

Le Dr Henri Privé (de Charenton), décédé à l'âge de 79 ans. — Le Dr Louis Fournial (de Clermont-Ferrand). — Le Dr Pierre Lefèvre (de Feignies, Nord), décédé à l'âge de 44 ans. — Le Dr Joseph Doat (de Céran, Gers), père de M. le Dr Charles Doat, beau-père de M. le Dr Fleury de la Ruelle. — Le Dr Raoul Laffon, chevalier de la Légion d'honneur, beau-père de M. le Dr Soulié. — Madame veuve Jean Durand, belle-mère de M. le Dr Pitance. — M. Emile Rudeuil, beau-père de M. le Dr Gabriel Beaure d'Augeris. — Le médecin colonel en retraite A. Krauss, décédé à Lyon. — Sir Alfred Keogh, ancien directeur général du Service sanitaire militaire britannique. — Le Dr F.-L. Pallier.

Mariages

M. le Dr Jacques Henriet, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Besançon, secrétaire du *Strasbourg médical*, et Mlle Catherine Huot-Marchand. — M. Maurice Delassus, fils de M. le Pr A. Delassus, Doyen honoraire de la Faculté libre de médecine de Lille, et Mlle Anne Josse. — M. le médecin capitaine Pierre Mathieu, attaché à l'Ecole supérieure d'éducation physique, chevalier de la Légion d'honneur, et Mlle Germaine-Jeanne Caziot. — Mlle Ginette Péchiné, fille de M. le Dr A. Péchiné, officier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, et M. Jean Lacombe. — M. Daniel Mauriac, fils de M. le Pr Pierre Mauriac, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, et de Madame, et Mlle Martine Schijler.

Fiançailles

Mlle Simone Maziol, fille de M. le Dr et de Madame Maziol, et M. Serge Louyot. — M. le Dr Jules Delannoy, médecin assistant au sanatorium d'Angeville, et Mlle Marie Cavoty. — M. le Dr Th. Laënnec, ancien interne des hôpitaux de Paris, et Mlle Simone Legrand.

Naissances

M. le Dr et Madame E. Bernard-Vermesse (de Lille) font part de la naissance de leur fille Annie. — M. le Dr et Madame Defrenne-Chérigié (de Flers) font part de la naissance de leur fille Françoise. — M. le Dr et Madame d'Hour-Camelot font part de naissance de leur fille Colette. — M. le Dr et Madame Crabbe-Top font part de la naissance de leur fille Michelle. — M. le Dr et Madame Beau font part de la naissanee de leur fille Marie-Claire. — M. le Dr et Madame André Pineau font part de la naissance de leur fils François.

Hôpitaux de Paris

Concours pour la nomination à douze places (au maximum) d'assistants d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 30 novembre 1936, à 9 heures, à l'Administration centrale (salle des Commissions), 3, avenue Victoria.

Cette séance sera consacrée à l'épreuve sur titres.

MM. les Docteurs en médecine qui désireront concourir et qui rempliront les conditions réglementaires seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration, de 14 à 17 heures, du lundi 9 au mardi 17 novembre 1936 inclusivement.

Conditions du concours. — L'admission au concours d'assistant d'électro-radiologie comporte obligatoirement, en outre du certificat d'électro-radiologie

délivré par la Faculté de médecine de Paris, un stage de onze mois (250 jours de présence au minimum) accompli dans un ou deux services centraux d'électro-radiologie au maximum.

Ce stage sera complété par un séjour de un mois dans un service de curiethérapie des hôpitaux de Paris.

Ce stage sera réduit à six mois pour les internes des hôpitaux.

A la fin de leur stage les candidats devront justifier, au moyen d'un certificat délivré par le ou les électro-radiologistes chefs des services centraux dans lesquels ils auront été attachés qu'ils ont effectué leur service dans les divers postes relevant de la spécialité (radio-diagnostic, roentgenthérapie, électrologie).

Peuvent être admis au stage: les docteurs en médecine de nationalité française titulaires du diplôme d'Etat obtenu devant nne Faculté de médecine de France.

Les internes en médecine.

Les externes et les étudiants en médecine titulaires d'au moins douze inscriptions.

Les inscriptions en vue du stage seront reçues à l'Administration générale de l'Assistance publique (bureau du Serviee de santé).

Les assistants d'électro-radiologie ont droit à un congé annuel de deux mois qui sera accordé par le directeur général de l'Administration.

Les assistants qui ne rempliraient pas correctement les fonctions pour lesquelles ils ont été désignés seront passibles de l'une des sanctions disciplinaires prévues au présent réglement.

Les assistants bien qu'ils soient nommés sans autre limite préalable que la limite d'âge ci-dessous fixée, ne sont affectés que pour une année à un service central d'électro-radiologie ou à un poste de radioscopie. Ils peuvent, toutefois, être maintenus dans leur emploi par périodes sueeessives d'une année à la demande l'électro-radiologiste ou du chef de service intéressé.

Les fonctions des électro-radiologistes, des électro-radiologistes adjoints et des assistants d'électro-radiologie, cessent de plein droit lorsqu'ils ont accompli leur soixante-deuxième année.

Hospice nationnl des Quinze-Vingts

Un concours pour onze emplois d'assistant à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts sera ouvert le lundi 16 novembre 1936, à 8 heures 30, 19, rue Moreau.

MM. les candidats sont admis à se faire inscrire au secrétariat de l'Hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, 28, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 9 à 11 heures et de 16 à 18 heures, jusqu'au samedi 17 novembre inclus.

Faculté de médecine de Nancy

Concours de l'internat de 1936. — *Jury* : MM. Weiss, professeur honoraire; Michel et Richon, professeurs; Bodard, professeur agrégé; Girard, médecin des hôpitaux.

Composition écrite. — Sujet tiré au sort : Oeclusion intestinale. Etiologie, physiologie pathologique et traitement. — *Sujet resté dans l'urne* : Thromboses artérielles. Epanehements sanguins intra-craniens traumatiques.

Sont nommés internes : MM. Leichtmann, Picard, Leeoannet, Cordier et Heuilly.

Sont nommés externes en premier : MM. Castelain, Gayet, Ledoux, Demange et Herbeuval.

Faculté de médecine de Toulouse

Un concours pour une place de chef de clinique des maladies des voies urinaires aura lieu à la Faculté de médecine de Toulouse le lundi 14 décembre 1936, à 9 heures.

Le registee des inscriptions sera clos 15 jours avant l'ouverture du coneours.

Sont admis à concourir les candidats de nationalité française pourvus du diplôme de docteur en médeeine et n'étant pas âgés de plus de 35 ans révolus le jour du coucours.

Pour tous renseignemants complémentaires, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Asiles publics d'aliénés

Par arrêté en date du 6 oetobre 1936, M. Dide, médecin directeur de l'asile public départemental d'aliénés de Braqueville (Haute-Garonne), a été admis à faire valoir ses droits à la retraite, à compter du 16 octobre 1936.

Par arrêté en date du 7 octobre 1936, M. le Dr Simon, du cadre des médecins des asiles publics d'aliénés, a été admis à faire valoir ses droits à la retraite, à compter du 16 novembre 1936.

Légion d'honneur

Est promu :

Au grade d'officier : M. le Dr Clément Rosier (de Bruxelles).

Sont nommés :

Au grade de chevalier : MM. les Drs Leo Dejardin, Lerat et Sluys (de Bruxelles), Maison (de Louvain).

Médailles d'honneur des épidémies

Médailles d'or. — La médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée, à titre posthume, à Mlle Salembiez (Madeleine), interne à l'hôpital Trousseau, décédée des suites d'une maladie contractée dans l'exercice de ses fonctions; Le médecin lieute-

nant Jacob, du 18e régiment de tirailleurs sénégalais (à titre posthume).

Médailles d'argent. — Le médecin commandant Sauvez, des salles militaires de l'hospice d'Amiens; Le médecin lieutenant Flottes du 7e régiment de génie à Avignon; M. Breitel, médecin auxiliaire à Hagnenau; M. Chopard, médecin auxiliaire à Toul; M. Merlin, médecin auxiliaire à Lunéville.

Médaille de bronze — La médaille d'honneur des épidémies en bronze a été décernée à M. le Dr Martin (Antonin), inspecteur sanitaire à Montpezat-sous-Bauzon (Ardèche), pour maladie contractée dans l'exercice de ses fonctions.

Distinctions honorifiques

Médaille d'honneur de l'Education physique. — La médaille d'honneur en argent de l'Education physique est décernée au Dr Georges Winckler, professeur à l'Institut d'éducation physique de Strasbourg.

Service de santé de la guerre

M. le médecin lieutenant-colonel Costedoat, professeur agrégé au Val-de-Grâce, de l'Ecole du Service de santé militaire de Lyon, est affecté à la section technique du S. S. détaché au ministère de la Guerre (7e Direction).

M. le médecin lieutenant-colonel Belbèze (de Montauban) est maintenu aux salles militaires de l'hospice mixte de Montauban et désigné comme médecin chef et président de la Commission de réforme.

Mutations. — Médecin colonel : M. de Gaulejac est désigné comme président de Commission de réforme de la Seine (service),

Médecin lieutenant-colonel : M. Moy est affecté à la direction du Service de santé de la 11e région, Nantes (service).

Médecins commandants : M. Rey est affecté aux salles de l'hospice mixte de Reims, médecin chef (service); M. de Chaisemartin est affecté à l'Ecole militaire et d'application de cavalerie et du train, Saumur (service); M. Cier est affecté au recrutement de la Seine, Paris; M. Chavaille est affecté comme médecin chef de l'Ecole supérieure d'éducation physique de Joinville-le-Pont; M. Chantriot est affecté au 24e régiment d'infanterie, Paris (service).

Médecins capitaines : M. Mathieu est affecté au 5e régiment d'infanterie, Courbevoie; M. Placidi est affecté au ministère de l'Air comme médecin adjoint au médecin général, inspecteur des services médico-physiologique de l'armée de l'air, Paris; M. Lemaistre est affecté à la base aérienne no 123, à Orléans-Bricy (service); M. Sempe est affecté à l'hôpital militaire de Grenoble (service); M. Ferry est affecté aux troupes du Maroc (volontaire) (service); M. Ollivier est affecté à la base aérienne no 107, à Villacoublay; M. Freyche est affecté à l'Ecole militaire de l'infanterie et des chars de combat, Saint-Maixent. Rejoindra après l'arrivée de son successeur; M. Guignet est affecté à l'Ecole supérieure d'éducation physique de Joinville-le-Pont. Rejoindra le 1er novembre; M. Léonard est affecté à la base aérienne no 110, à Etampes (service).

Médecins lieutenants : M. Jacowski est affecté à la base aérienne no 107, à Villacoublay, détaché à la 3e compagnie de l'air, à Versailles (service); M. Payrau est affecté au 149e régiment d'infanterie, Longuyon (service); M. Sibel est affecté au 19e corps d'armée (service); M. Gabrielle est affecté au 402e régiment d'artillerie de défense contre aéronefs, Metz.

Service de santé de la marine

Par décision ministérielle, l'étudiant en médecine Langlois (M.-R.-M.), classé 55e, a été nommé élève du Service de santé de la marine à la suite du concours de 1936.

Liste de destination. — *Médecin en chef de 1re classe* : M. Fatome, médecin chef de l'hôpital maritime de Cherbourg.

Médecin en chef de 2e classe : M. Lepeuple, médecin chef de l'hôpital maritime de Sidi-Abdallah et président de la commission de réforme (choix).

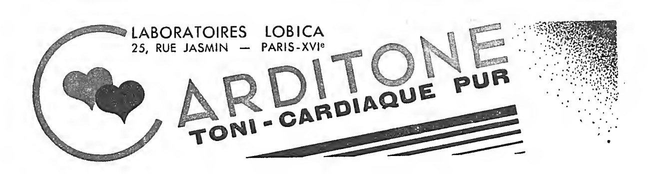
Médecins principaux : MM. Moreau, maintenu dans ses fonctions actuelles à l'hôpital maritime de Sidi-Abdallah pour une période de trois mois à compter du 1er janvier 1937; Le Bourgo, chef des services chirurgicaux de l'hôpital de Cherbourg (choix); Laurent, médecin-major du cuirassé *Bretagne* et chirurgien de l'escadre de l'Atlantique (choix).

Médecins de 1re classe : MM. André, médecin adjoint au laboratoire de physiologie du centre d'études de Toulon (choix); Billaut, médecin-major du centre d'aviation maritime d'Hyères; Chevalier, en sous-ordre à l'Ecole des mécaniciens et chauffeurs, en remplacement de M. Billaut; Malavoy, médecin major du croiseur *Duguay-Trouin*.

Médecins de 2e classe : MM. Le Gac, médecin-major du bataillon de côte de Brest, à Brest; Daire, en sous-ordre croiseur *Foch*; Le Roy, en sous-ordre cuirassé *Lorraine;* Geniaux, en sous-ordre croiseur *Colbert;* Malenec, médecin-major de la 2e division de torpilleurs de Brest; Cazenave, en sous-ordre *Commandant-Teste:* Bellec, en sous-ordre cuirassé *Dunkerque;* Gourmelon, en sous-ordre cuirassé *Paris;* Hecaen, en sous-ordre cuirassé *Jean-Bart.*

Inspection départementale d'hygiène

Concours pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène. — Il sera ouvert à Paris, au ministère de la santé publique, un concours sur titres, pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène du Gers.



DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Les candidats à cet emploi devront être âgés de vingt-cinq ans au moins et de quarante ans au plus au 31 décembre 1936. La limite d'âge peut être reculée d'un temps égal à la durée des services civils ou militaires ouvrant des droits à la retraite.

Les candidats devront être français. S'ils sont naturalisés, ils devront avoir satisfait aux conditions posées par la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine. ils devront être pourvus du diplôme d'Etat de docteur en médecine et d'un diplôme d'hygiène universitaire français.

Un droit de priorité sera réservé aux médecins hygiénistes déjà en fonctions remplissant les conditions ci-dessus indiquées.

Les demandes, rédigées sur timbre, devront être adressées avant le 15 novembre 1936, au préfet du Gers, à qui il convient de s'adresser pour obtenir tous renseignements complémentaires, notamment la liste des pièces à fournir par les candidats.

Le traitement va, par échelons, de 47.000 à 59.000 francs. Il s'y ajoute les indemnités de résidence et de charges de famille accordées aux fonctionnaires de l'Etat.

A propos des projets sur le cumul

Communiqué. — A propos des projets sur le cumul, la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine nous communique la motion suivante :

« Le droit à la pratique de la clientèle est indispensable aux professeurs des Facultés et Ecoles de médecine pour assurer la maîtrise nécessaire à leur enseignement.

« Qu'ils soient en activité ou à la retraite, ce droit est indispensable pour les malades à qui ne peut être refusé le bénéfice d'une science et d'une expérience, alors qu'elles sont susceptibles de donner la plénitude de leurs effets.

« Les mesures de restrictions seraient d'autant moins justifiées que, tant pour le Corps enseignant que pour le Corps hospitalier, l'exercice de la profession médicale ne peut se pratiquer que de façon tardive, avec un retard de plusieurs années sur la plupart des autres professions.

« Elles auraient des conséquences désastreuses sur l'enseignement et les soins hospitaliers compromis par la diminution de qualité et les difficultés de recrutement ».

Institut de statistique de l'Université de Paris

Un cours sur l'hygiène, la médecine et l'assistance social est fait par M. G. Ichok, tous les jeudis, à 17 heures 30, du 5 novembre 1936 au 28 janvier 1937, à la Faculté des sciences, à la Sorbonne, amphithéâtre Le Verrier, escalier E, 3e étage.

La liberté de la Presse

La Commission exécutive de la Fédération nationale des journaux français, qui groupe les Syndicats de journaux suivants :

Syndicat de la Presse parisienne, Syndicat des quotidiens régionaux, Syndicat des quotidiens départementaux, Syndicat des journaux d'opinion, Syndicat de la Presse hebdomadaire française, Syndicat de la Presse technique, Syndicat des Directeurs de journaux sportifs,

réunie le 26 octobre 1936, a voté à l'unanimité la motion suivante :

« La Fédération nationale des Journaux français, informée par de récents discours du Président du Conseil des intentions du Gouvernament, ne voit qu'avantages à ce que des mesures nouvelles viennent renforcer l'indépendance de la Presse par la loi républicaine.

« Elle estime que ces mesures doivent être prises en toute impartialité et tendre :

1° à établir le contrôle des ressources portant sur tous les journaux sans exception, et sur toutes leurs ressources, quelle que soit leur origine.

2° à la suppression totale, sincère et effective, des fonds secrets.

3° à la réforme de la loi de 1881 en ce qui concerne la rapidité des décisions de justice et l'aggravation des peines et des dommages en matière de diffamation.

Le Gérant : J.-B. BAILLIÈRE

Imp. N. Tréoult, 8, rue Danton. Paris

DERNIÈRES NOUVELLES

Nécrologie

Le Dr Raymond Mallet, médecin inspecteur des Asiles, expert près le Tribunal de la Seine. — Madame Mieulet, mère de M. le Dr Mieulet. — Le Dr Louis Peltier (de Paris). — Le Dr Custodio Cabeça, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lisbonne. — Le Dr Antoine-Vincent de Rocca-Serra (de Marseille). — Le Dr Jules Russe (de Limoges). — Madame Paul Brion, mère de Mme Paul Tillaye, veuve du Dr Paul Tillaye, récemment décédé. — Madame Dayras, mère de M. le Dr Jean Dayras, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Le Dr Regnard, ancien interne des hôpitaux de Paris, fils du regretté Dr Regnard, membre de l'Académie de médecine, ancien directeur de l'Institut agronomique. — Le Pr François Radaeli, professeur de clinique dermatologique à l'Université de Gênes. — Le Dr Charles-Joseph O'Connor, décédé à Dublin à l'âge de 79 ans. — Le Dr Albert-Charles Butler-Smythe (de Londres), chirurgien consultant du Samaritan Free hospital. — Le Dr Arthur Starkie-Plant (de Grimsby), décédé à l'âge de 46 ans. — Le Dr Baurand (de Lyon). — Le Dr Louis Camous, médecin honoraire des hôpitaux de Nice. — Le Dr Chambrin, maire de Plancoët. — Le Dr Cosserat (de Bayon). — Le Dr Paul Desmons (d'Auchy-les-Orchies). — Le Dr Dufey (de Marseille). — Le Dr Louis Gauthier (de Criches-sur-Saône). — Le Dr Paul Guillaud (de Lyon). — Le Dr Iversing (de Lavaux. — Le Dr Picaudet (de Montmirault). — Le Dr Durand, chirurgien des hôpitaux de Lyon, membre du Comité de rédaction du *Lyon médical*. — Le Dr Jean Cornillon (de Moulins), décédé à l'âge de 93 ans. — Madame veuve Dervaux, sœur de M. le Dr Jean Villette (de Malo-les-Bains). — Sir Georges Buchanan (de Londres), senior medical officier du ministère de l'Hygiène. — Le Dr Charles-Marie Wyns (de Loth, Belgique). — Le Dr Fernand Latour, ancien échevin à Auvelaire (Belgique). — Le Dr Dubois-Verbrugghen (de Saint-Joosse-en-Noode). — Mlle Françoise Roulland, âgée de cinq ans, fille de M. le Dr et de Madame Roulland.

Mariages

M. le Dr Lucien Gay (de Massy) et Mlle Simone Martres. — M. Antoine Bailliet, fils de M. le Dr Bailliet, maire de Molinghem, et Mlle Irène Crinquette. — M. le Dr Joseph Berthuis, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Marseille, et Mlle Paule Butru.

Fiançailles

Mlle Geneviève Monod, fille de M. le Dr Robert Monod, chirurgien des hôpitaux, et de Madame, et M. Michel Fontaine. — M. Marcel Cauvy, avocat à la Cour d'appel de Paris, fils de M. le Dr Georges Cauvy, et de Madame, et Mlle Henriette Chevallier. — M. Jean Ramond, fils de M le Dr Félix Ramond, médecin de l'hôpital Saint-Antoine et de Madame, et Mlle Denise Laubeuf.

Naissances

M. le Dr et Madame Isi Fisher font part de la naissance de leur fille Monique-Evelyne. — M. le Dr et Madame Jean Ferrand font part de la naissance de leur fils Guy-André. — M. le Dr et Madame Maurice Kaplan (de Paris) font part de la naissance de leur fille Hélène. — M. le Dr et Madame Bergouignan (d'Evreux) font part de la naissance de leur fille Martine.

Faculté de médecine de Paris

M. Michel Dechaume, stomatologiste des hôpitaux, vient d'être nommé Chef de laboratoire de stomatologie à la Faculté de médecine de Paris.

Académie de médecine

M. le Pr Jules Lesage (de Pau) a fait connaître qu'il posait sa candidature au titre de correspondant national de l'Académie dans la cinquième division (*Médecine vétérinaire*).

M. P. Rubay, directeur de l'Ecole de médeciné vétérinaire de Cureghem-lez-Bruxelles (Belgique), a fait connaître à l'Académie qu'il posait sa candidature au titre de correspondant étranger dans la cinquième division (*Médecine vétérinaire*).

Hôpitaux de Rouen

Concours pour l'externat des hôpitaux. — Le jeudi 17 décembre 1936, à 16 heures 30, s'ouvrira à l'hospice général, dans la salle des séances de la Commission administrative, un concours ponr le titre d'externe des hôpitaux de Rouen.

Admission au concours. — Pour être admis au concours, les étudiants en médecine appartenant aux Ecoles ou Facultés françaises doivent déposer au secrétariat des hospices, 1, rue de Germont, le 1er décembre 1936, à 18 heures, au plus tard :

1° Une demande d'inscription contenant engagement de se conformer aux règlements des hôpitaux faits ou à faire.

2° Un certificat de l'Ecole de médecine constatant qu'ils sont titulaires d'au moins quatre inscriptions de doctorat.

3° Un certificat de leur chef de division portant appréciation de leurs services.

La Commission administrative des hospices civils de Rouen statuera souverainement sur l'admissibilité au concours. Sa décision, dont elle n'aura pas à faire connaître les motifs, sera notifiée aux intéressés.

Hôpitaux de Tours

Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes résidants : Mlles Bissery, Sirand, M. Carrois.

Internes en premier : MM. Barbier, Boulard, Mlle Petit, M. Bonneau.

Externes en premier : MM. Chevesier et Garnier.

Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes*:*

Mlle Brouillet, MM. Picard, Lebas, Sirot, Sergent, Mlle Zaigue, MM. Bonamy, Gaudeau, Giraud, Dubois, Loiseau, Salmon, Mlle Soulet, MM. Caillault, Guinsbourg, Rigolage, Pommeret, Reiss, Trautner, Petou, Bayle.

Hôpital de Pontoise (S.-&-O.)

Concours pour 2 places d'internes en médecine. Inscription à l'hôpital de Pontoise jusqu'au 15 novembre 1936.

Sanatoriums publics

Un concours sur titres est ouvert en vue d'établir la liste d'aptitude aux fonctions de médecin adjoint des sanatoriums publics pour le premier semestre de l'année 1937.

Le traitement de début est fixé à 22.000 francs et peut, par avancements successifs atteindre 36.000 francs. Le logement, l'éclairage, le chauffage et le blanchissage sont fournis gratuitement. Il est interdit de faire de la clientèle. Les femmes ont accès à ces emplois.

Les candidats devront être âgés de moins de trente-cinq ans au 1er janvier 1937, être de nationalité française, et s'ils sont naturalisés, satisfaire aux conditions fixées par la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine. La limite d'âge de trente-cinq ans est reculée d'un temps égal à la durée légale des services militaires accomplis.

Les demandes seront reçues jusqu'au 30 novembre 1936 au ministère de la Santé publique et de l'Education physique (direction du personnel, 1er bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

Infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de Police

Tous les vendredis à 15 heures à partir du vendredi 6 novembre, conférences cliniques réservées aux docteurs en médecine, étudiants en médecine, magistrats, par MM. les Drs Logre, Heuyer, Brousseau.

Légion d'honneur

Sont promus :

Au grade d'officier : M. le Dr Henri Tecon (de Lausanne); M. le Dr Sénéchal, chirurgien en chef de la Maison départementale de Nanterre.

Officier de l'Instruction publique

Est nommé :

M. le Dr Chevallier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Service de santé militaire

Par décision ministérielle du 30 octobre 1936, les professeurs agrégés du Val-de-Grâce ci-après désignés, qui ont accompli leur temps normal d'a-

DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

grégation, sont chargés d'enseignement à l'Ecole du Service de santé militaire à Lyon.

A compter du 1er décembre 1936 : M. le médecin commandant Hugonot (Georges-André), professeur agrégé du Val-de-Grâce à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, Paris. Rejoindra le 1er décembre 1936 (service).

A compter du 10 octobre 1936 : M. le médecin commandant Merz (Henri-Ernest), professeur agrégé du Val-de-Grâce à l'Ecole du Service de santé militaire, Lyon.

Prix Nobel de médecine et de physiologie

Le prix Nobel de médecine et de physiologie vient d'être attribué pour 1936 à Sir Henry Dale, de Londres, directeur du National institute for Medical Research, et au Pr Oto Lœwi, de Graz.

Les découvertes de Dale, confirmées par les expériences de Lœwi, constituent la plus importante des acquisitions récentes de la physiologie nerveuse. Dès avant la guerre, Dale fut amené à constater l'action viscérale de l'acétylcholine qui, injectée dans le sang, déterminait des effets analogues à ceux produits par l'excitation du parasympathique. En 1914, il avait ébauché sa théorie des « transmetteurs chimiques » et précisé leur rôle dans la transmission de l'influx nerveux. Après la guerre les expériences d'Otto Lœwi sont venues confirmer les conclusions de Dale.

La dotation du prix Nobel s'élève à 8.000 livres sterling (840.000 francs).

Ministère de la Santé publique

M. Henri Sellier, ministre de la Santé publique, va déposer un projet de loi apportant des innovations importantes à l'organisations de la lutte antivénérienne. Il crée le délit de contamination en matière de maladies vénériennes, instaure un contrôle et une protection très sévères contre les infections syphilitiques et blennorragiques et aboutit pratiquement à l'interdiction des maisons de tolérance.

Société française d'orthopédie

Bureau pour 1937.— Président : M. Sorrel; vice-présidents : MM. Roche (Bordeaux), Lance; secrétaire général : M. Tavernier (Lyon); secrétaire général adjoint : M. Richard (Berck); trésorier : M. Leveuf (Paris).

Syndicat national des oto-rhino-laryngologistes français

A la suite de son assemblée générale du 18 octobre, le Syndicat des oto-rhino-laryngologistes français a renouvelé son Bureau dont voici la composition nouvelle : Dr Dubar (Paris), président; Dr Sargnon (Lyon), Pr Lemaitre (Paris), Dr Laval (Toulouse) et Pr Terracol (Montpellier), vice-présidents; Dr Batier (Strasbourg), secrétaire général; Dr Giraudeau (Paris), trésorier.

Le Conseil d'administration comprend, outre les membres du Bureau : Dr Baranger (Beauvais), Dr Bonnet-Roy (Paris), Dr Durif (Clermont-Ferrand), Dr Flurin (Cauterets), Dr de Gorsse (Luchon), Dr Hautant (Paris), Dr Lanos (Le Hâvre), Pr Jacques (Nancy), Dr Jean Magnan (Tours), Dr Nepveu (Paris), Dr Van Nieuwenhuyse (Roubaix).

Le Syndicat national des oto-rhino-laryngologistes français vient de créer une *médaille de la reconnaissance*, gravée par le maître Dautel, médaille que le Syndicat a l'intention de distribuer avec parcimonie pour lui conserver une valeur morale. Les deux premiers bénéficiaires ont été le président-fondateur le Pr Moure et le président sortant (non rééligible) le Pr Jacques.

Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.)

Réunion du Conseil d'administration. — Le Dr Schüler (de Bâle) demande s'il ne serait pas possible de faire des échanges de professeurs entre la France et la Suisse, à l'exemple de ce qui existe entre l'Angleterre et la Suisse.

M. Molinéry, retour d'Amérique, parle de la propagande thermale et climatique aux Etats-Unis, M. Villaret signale qu'en ce moment s'élabore un livre résumant tout le thermalisme français, livre qui sera publié en français, en anglais et en espagnol.

DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

M. Hartmann rend compte d'un échange d'étudiants entre la France, la Tchécoslovaquie et la Yougoslavie qui a eu lieu pendant les dernières vacances grâce à l'A. D. R. M. C'est la première fois que pareil échange a lieu.

Deux professeurs présentés par l'A. D. R. M. vont être nommés au Paraguay. Il est à désirer que les doyens des Facultés nous présentent des candidats pour des places de professeurs à Téhéran.

L'Ärztlichle Korrespondenz demande qu'on lui envoie des extraits de travaux français pouvant particulièrement intéresser les praticiens et des mémoires originaux de médecins français, ses lecteurs demandant à être au courant de la science médicale française, le journal se chargera de faire les traductions en allemand.

Election d'un nouveau membre : M. le Pr Mocquot.

Prix Chauvin (O. R. L.)

Le jury présidé par M. G. Laurens composé de MM. Chatellier (Paris), Hautant (Paris), Lafite-Dupont (Bordeaux), P. Lemaitre (Paris), Rebattu (Lyon), Terracol (Montpellier), après discussion des 5 mémoires présentés pour le sujet « Les indications opératoires dans les mastoïdites aigues », a voté les attributions suivantes :

MM. Aboulker et Coussieu (3.000 francs); M. Roger (2.000 francs); M. Piaget (1.000 francs).

Fédération nationale des médecins du Front

Le Comité de la Fédération nationale des médecins du Front, rappelle aux Camarades appartenant aux différentes Sociétés Fédérées, ainsi qu'à tout le Corps médical présent à Paris ce jour-là, qu'il déposera une gerbe devant le monument funéraire, érigé à la Faculté de médecine de Paris, aux médecins tués ou morts de leurs blessures durant la guerre.

La cérémonie aura lieu, suivant la coutume, le 11 novembre, à 9 heures 30 du matin, en présence du Doyen de la Faculté de médecine, des délégués de l'Académie de médecine et de l'Académie de chirurgie, des représentants des directeurs du Service de santé des ministères de la Guerre, de la Marine, et du Gouvernement militaire de Paris, enfin du directeur du Val-de-Grâce, des délégués des Associations d'internes, d'externes et d'étudiants en médecine de Paris.

Le Gérant : J.-B. BAILLIÈRE

Imp. N. Thréoult. 8, rue Danton Paris

DERNIÈRES NOUVELLES

Nécrologie

Le Dr J.-G. v. Lint, décédé à Gousichesse (Hollande), à l'âge de 69 ans. — Le Dr P.-C. Korteweg (de la province Noord-Hollande). — Mlle Jeanne Canoville, fille de M. le Dr Canoville. — Mlle Colette-Marie Loup, âgée de 13 ans, fille de M. le Dr Maxime Loup, directeur-médecin de l'asile départemental d'aliénés de la Charente, à Breuty-la-Couronne, et de Madame. — Le Dr Jean Brousse, ancien chirurgien de l'hôpital Desgenettes, à Lyon, membre associé de l'Académie de chirurgie. — Le Dr Eugène Maës (de Paris), décédé à l'âge de 56 ans. — Madame J.-B. Happe, mère de M. le Dr Charles Happe (de Madeleine-lez-Lille).

Mariages

Mlle Marie-Amélie Loir, fille de M. le Dr Adrien Loir, correspondant de l'Académie de médecine, et de Madame, et M. Jean Louste, fils du regretté Dr Louste, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Nos sincères félicitations à M. le Dr et à Mme Loir, et nos meilleurs souhaits aux jeunes mariés.

Fiançailles

M. Edouard Faucheux, fils de M. le Dr Adolphe Faucheux (de Douai), et Mlle Marie Lemaître.

Hôpitaux de Paris

Concours de stomatologiste des hôpitaux. — *Constitution du jury après tirage au sort* : MM. les Drs Grenet (a accepté), Bergeret (a accepté), Béliard, Izard, Lemerle (a accepté), Ruppe, Fargin-Fayolle (a accepté).

Censeurs : MM. les Drs Omnès, Henault, Lacaisse, Lebourg.

Lecteurs : M. le Dr Lattès, Mme Papillon-Léage.

Académie de médecine

Concours Vulfranc-Gerdy. — Tous les deux ans, l'Académie de médecine organise un concours auquel sont seuls admis les internes des hôpitaux. Le candidat reçu est chargé, pendant quatre années consécutives, d'une mission dans une ville d'eaux.

Une indemnité annuelle de 3.000 francs lui est attribuée, à laquelle s'ajoute, s'il y a lieu, une somme de 500 francs, destinée à récompenser le rapport qu'il doit fournir tous les ans sur les eaux de la station qu'il a visitée. Tout candidat ayant accompli au moins trois années de stage est lauréat de l'Académie.

Le concours aura lieu, cette année, le mercredi 2 décembre prochain. Les candidats sont priés d'adresser, avant le 30 novembre, leur demande au secrétariat de l'Académie de médecine, 16, rue Bonaparte.

Académie des sciences

Prix décernés. — *Prix da Gama Machado* (1.200 francs), à M. Pierre Cappe de Baillon, professeur à la Faculté catholique des sciences de Lille.

Fondation Savigny (1.500 francs), à M. R. Dieuzeide, assistant à la Faculté des sciences d'Alger.

Prix Jean Thore (1.000 francs), à M. Gaston Portevin.

Prix Montyon (1.000 francs), à M. Michel Huber, directeur de la statistique générale de la France.

Prix Lallemand (1.800 francs), à M. Ivan Ber-

trand, directeur à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes, chef de laboratoire à la Salpêtrière.

Prix Thorlet (1.600 francs), à M. Paul Dorveaux, docteur en médecine, bibliothécaire en chef honoraire de la Faculté de pharmacie.

Fondation Lannelongue (2.000 francs), les arrérages de la Fondation à Madame Gabriel Cusco.

Le Grand Prix Dagnan-Bouveret est attribué au Dr Claudius Regaud, de l'Académie de médecine, directeur du Laboratoire de radio-physiologie de l'Institut du radium.

Le Grand Prix Montyon de médecine (12.000 francs), est partagé ainsi : trois prix de 2.500 francs chacun à MM. Léon Delhaume, Marius Piéry (de Lyon), et Pierre Rigaud; trois récompenses de 1.500 francs chacune à MM. J. Courtois et R. Lecocq, André Feil, M. Sourdille (de Nantes); mentions à MM. Gilbrin et Fabiani pour leurs travaux de médecine.

Prix Bréante (100.000 francs), destiné à celui qui trouvera la guérison du choléra, n'est pas décerné; mais un prix de 5.000 francs est attribué à M. Jean Laigret, de l'Institut Pasteur de Tunis, pour ses beaux travaux sur la fièvre jaune.

La Compagnie décerne ainsi les nouveaux prix contre le cancer ou la tuberculose:

Prix Roy-Vaucouloux (6.000 francs), à M. Léon Velluz, du Val-de-Grâce, pour ses recherches de cancérisation par les carbures polycycliques.

Prix Louise Darracq (6.000 francs), à MM. Oberling et Guérin, pour leurs travaux sur la production du cancer.

Prix Dupuis (4.000 francs), à M. Ernest Coulaud, pour ses travaux sur la tuberculose.

Rentrée de l'Université de Paris

La séance de rentrée de l'Université de Paris a eu lieu, le samedi 7 novembre, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, en présence de M. Albert Lebrun.

Au bureau, le ministre de l'Instruction publique présidait, assisté du recteur M. S. Charléty, des doyens des Facultés en robes et des nouveaux docteurs « honoris causa ».

Le doyen Allix, de la Faculté de Droit fit l'éloge de M. A.-S. de Blécourt, puis le doyen Roussy fit l'éloge du brillant médecin et physiologiste qu'est M. Israël Holmgreen (de Stokholm), professeur à l'Institut Carolin de cette ville. Le nouveau docteur répondit avec aisance en remerciant de l'honneur qui lui était fait par la plus illustre des Universités du Globe.

M. Maurain, de l'Académie des sciences, doyen de la Faculté des sciences, exposa les titres du célèbre mathématicien américain David Birkhoff.

Le recteur complimenta ensuite les nouveaux docteurs en exposant l'œuvre féconde poursuivie par l'ensemble des Universités du monde.

Faculté de médecine de Lille

Agrégation. — Sont nommés agrégés pour une période de neuf années près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille :

Anatomie : M. Couloumа. — *Histologie* : M. Morel. — *Histoire naturelle et parasitologie :* M. Coutelen. — *Médecine générale :* M. Huriez. — *Histoire naturelle pharmaceutique* : M. Dehay.

M. Pierre Tison est nommé assistant d'anatomie pathologique.

Ecole de médecine de Tours

M. Moyrand, chef des travaux de médecine opératoire, a été nommé professeur de médecine opératoire et anatomie topographique (chaire créée).

M. Bigeard a été prorogé pour un an dans les fonctions de professeur suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

Hôpitaux de Nancy

Concours de l'externat de 1936. — *Jury* : MM. Froelich, président, Lucien, Abel, Drouet, Guibal.

Questions sorties — 1re série : Valvule mitrale. Souffles cardiaques. — 2e série : La plèvre. Signes physiques des épanchements liquides pleuraux. — 3e série : Rapports de la face postérieure des reins. Hématurie. — 4e série : Artère radiale. Tension artérielle. — 5e série : Veine cave inférieure. Traitement des hémorragies externes. — 6e série : La 1re côte. Fractures des côtes. Complications. — 7e série : Extrémité supérieure du fémur. Signes des fractures.

Sont nommés externes : M. Bertin, Mlle Noël, MM. Maulini, Paulin, Jacquet, Mlle Strubb, MM. Pire, Gibert, Mlle Petit, M. Roux.

Sont nommés externes à la suite : MM. Damey, Martinet, Mansuy, Laroche, Cochard.

Légion d'honneur

Sont nommés :

Au grade de chevalier : M. Adrien Saint-Ange Plet, des Laboratoires Drouet et Plet; M. le Dr Davioud, médecin contractuel de l'Assistance médicale indigène de Madagascar, ancien interne des hôpitaux de Paris, qui a trouvé la mort au cours d'une tournée médicale en avion.

Distinctions honorifiques

Ordre de l'Étoile de Roumanie. — S. M. le Roi Carol vient d'élever à la dignité d'officier de l'Etoile de Roumanie, M. le Dr Maurice Fabre, médecin gyné-

cologue à Paris, secrétaire général de la Société française de gynécologie.

Assistance publique

M. le Dr Le Bail, inspecteur de l'assistance publique des Hautes-Alpes, non installé, est affecté, sur sa demande, au département du Var, en remplacement de M. Lasserre.

Asiles publics d'aliénés

Vacance du poste de médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Lannemezan. — Un poste de médecin directeur est à pourvoir par suite de la création d'un asile public d'aliénés à Lannemezan (Hautes-Pyrénées).

Recrutement des médecins d'établissements publics d'aliénés

L'article 18 du décret du 3 janvier 1922 est modifié ainsi qu'il suit :

Intercaler entre le quatrième et cinquième paragraphe :

« Trois délégués du ministre, dont deux psychiâtres, appartenant soit aux corps des médecins des hôpitaux de l'Assistance publique, soit au corps enseignant dans une Faculté de médecine.. ».

Etablissement, fonctionnement et surveillance des sanatoriums

Le *Journal officiel* du 8 novembre contient un décret relatif à l'établissement, au fonctionnement et à la surveillance des sanatoriums.

Bureau municipal d'hygiène de Grasse

La vacance du poste de directeur du bureau municipal de Grasse est déclarée ouverte.

Les candidats à ce poste ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 1er bureau), leur demande sur timbre accompagnée de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures.

Ils devront justifier de la qualité de français, avoir satisfait à la loi militaire et, en cas de naturalisation, faire attester par le préfet qu'ils remplissent les conditions prévues par l'article 7 de la loi du 26 juillet 1935, relative à l'exercice de la médecine.

Ils devront produire, en outre, une copie certifiée conforme de leurs diplômes, en particulier du diplôme d'Etat de docteur en médecine, leur acte de naissance, un extrait de leur casier judiciaire ayant moins de trois mois de date et un certificat de situation militaire.

La limite d'âge est fixée à quarante-cinq ans.

Le traitement annuel est fixé à 22.000 francs.

Organisation du service médical du ministère des Finances

Le *Journal officiel* du 4 novembre contient un décret relatif à l'organisation du service medical au ministère des Finances.

Le service médical se compose : d'un chef du service, d'un chef adjoint. Six médecins titulaires y sont attachés.

Il comporte, en outre, un comité médical, dont la composition et les attributions sont fixées par les articles 6, 7 et 8 de ce décret.

Le personnel du service médical n'a pas la qualité de fonctionnaire.

Il constitue un personnel auxiliaire, rémunéré par des indemnités ou des vacations.

Le service dispose de deux infirmières, dont l'une peut être une infirmière visiteuse. Leur statut sera fixé par un décret ultérieur.

Conseil de perfectionnement des Ecoles d'infirmières soignantes et du service social

Sont nommés, pour une durée de trois ans, membres du conseil de perfectionnement des Ecoles d'infirmières soignantes et du service social :

A. - Membres de droit. — Représentant du Service de santé de l'armée : M. Giraud.

Représentant du Service de santé de la marine : M. Candiotti.

Deux représentants du Conseil supérieur d'hygiène : MM. les Drs J. Renault et Louis Martin.

B. Délégués du ministre de la Santé publique. — a) *Délégués choisis parmi les fonctionnaires et techniciens participant au fonctionnement de services administratifs et techniques touchant à la protection sociale :*

M. le Dr Cavaillon, chef du service de prophylaxie des maladies vénériennes au ministère de la Santé publique.

M. le Dr R.-H. Hazemann, médecin inspecteur de l'office publique d'hygiène de la Seine.

M. le Dr X. Leclainche, chef du service d'études techniques au ministère de la Santé publique.

M. le Pr Rochaix, directeur de l'Institut d'hygiène de Lyon.

M. le Pr Roussy, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

b) *Délégués choisis parmi les personnes spécialement qualifiées dans la formation du personnel d'infirmières et du service social :*

*

M. le Pr Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon.

M. le Dr Weill-Hallé, directeur de l'Ecole de puériculture.

c) *Délégués choisis parmi les administrateurs municipaux ou départementaux, ou participant à la gestion d'organisme de protection et de prophylaxie sociale* :

M. le Pr Parisot, de la Faculté de médecine, directeur de l'Institut d'hygiène de Nancy.

M. le Dr Rocaz, président de la Fédération girondine des œuvres de l'enfance.

Art. 2. — Sont nommés :

Vice-présidents : Mme Brunschwicg; M. le Pr Parisot; M. le Dr Jules Renault.

Secrétaires : M. le Dr Hazemann; M. Marcel Martin; M. Voigt.

Art. 3. — La section permanente du Conseil de perfectionnement comprend sous la présidence du ministre et de son délégué, les trois vice-présidents et les trois secrétaires ci-dessus désignés, ainsi que les cinq membres ci-dessous mentionnés :

Mlle Chaptal; Mme Yvonne Demene; Mlle de Hurtado, MM les Drs X. Leclainche et Weill-Hallé.

Directeur de santé du port de Saint-Nazaire

Vacance d'emploi de directeur de la santé. — Est déclaré vacant au port de Saint-Nazaire, l'emploi de directeur de la santé, chargé de la direction de la 3e circonscription maritime.

Les candidats ont un délai d'un mois à compter de la présente publication pour adresser au ministère de la santé publique (direction du personnel, 1er bureau) leur demande accompagnée de l'exposé de leurs titres et toutes justifications utiles.

Les candidats devront être nécessairement pourvus du diplôme d'Etat de docteur en médecine. Il leur sera tenu compte des diplômes spéciaux d'hygiène ou d'études médicales coloniales et de leurs connaissances touchant l'hygiène générale et l'hygiène de la navigation, la bactériologie, la parasitologie, l'étiologie, l'épidémiologie et la prophylaxie des maladies exotiques, ainsi que la pratique des services sanitaires, particulièrement en ce qui concerne la désinfection et l'application des règlements en vigueur.

Les candidats devront être de nationalité française. En cas de naturalisation, ils devront satisfaire aux conditions fixées par la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine et ne pourront être nommés à cet emploi que s'ils comptent au moins dix ans de naturalisation à compter du décret qui leur a conféré la naturalisation française (loi du 19 juillet 1934).

Les candidats ne devront pas être âgés de plus de cinquante ans; toutefois, aucune limite d'âge n'est exigée des candidats qui appartiennent déjà au cadre régulier du service sanitaire maritime.

Les demandes seront accompagnées des documents ci-après :

1° Extrait de l'acte de naissance.

2° Certificat de nationalité française et, s'il y a lieu, pièces établissant la naturalisation et indiquant la date d'obtention du droit d'exercer.

3° Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date.

4° Copie certifiée conforme des diplômes et en particulier du diplôme de docteur en médecine d'une Faculté de l'Etat.

5° Indication des titres de toute nature et des fonctions remplies avec références à l'appui.

6° Un exemplaire de la thèse et des études publiées.

Le traitement est fixé à 16.000 francs.

La liste sera close le 9 décembre.

Sérums thérapeutiques

Le *Journal Officiel* du 6 novembre contient un décret relatif à la préparation, à la vente et à la distribution des Sérums thérapeutiques.

Groupement de défense des chirurgiens de France

Le Groupement de défense des chirurgiens de France a été définitivement constitué à la suite de son assemblée générale du 6 octobre 1936.

Il comporte déjà plus de deux cents membres cotisants.

Son bureau est ainsi composé :

Président : J. Lanos, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph à Paris.

Vice-présidents: Pr Favreul (de Nantes); Pr agrégé Ph. Rochet, chirurgien des hôpitaux de Lyon.

Secrétaire général : Raymond Bernard, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Secrétaires généraux adjoints : Georges Audain, ancien interne des hôpitaux de Paris; Luc Van der Elst, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Trésorier: Marcel Blondin Walter, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique à la Faculté.

Ce Groupement a pour buts essentiels :

1° De lutter par l'intermédiaire du Syndicat contre la fonctionnarisation de la chirurgie.

2° D'étudier les questions qui concernent les intérêts du corps chirurgical et des malades.

Pour les demandes de renseignements et d'adhésion, écrire au siège du Groupement, 18, rue de l'Université, Paris (7e).

DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Création d'un hôpital au Cameroun

Le Dr Aujoulat, président de la Ligue Missionnaire des Etudiants de France, vient de partir pour le Cameroun afin de fonder un hôpital et un dispensaire avec un de ses collègues, le Dr Gobert, membre lui aussi de la L. M. E. F. Leur intention à tous deux est de se mettre au service des missions catholiques dans l'exercice de leur profession.

Séance annuelle de la Société de psycothérapie

La séance annuelle de la Société de psychothérapie aura lieu le 17 novembre 1936, 49, rue Saint-André-des-Arts, à 16 heures 30, sous la présidence du Pr Cunéo, professeur à la Faculté de médecine.

Question générale : " La douleur physique et la douleur morale. Psychothérapie préventive et curative ".

Des rapports et des communications se rattachant à la question générale seront faits par les Drs Sampson (de Londres), Ch. Fiessinger, Henri Bertreux, Bérillon, Marcel Viard, Paul Farez, Pierre Ménard, Artaud de Vevey, Courtois, Derecq, Félix Regnault, Martinie-Dubousquet, Philippet, Hollande, Pierre Barbier, H. Lemesle (de Loches), Foveau de Courmelles; Pr Peugniez, Bonnet-Lemaire, Pr Franquet (de Reims), le Pr Maignon (d'Alfort), MM. Lépinay, Legrand, Petit, médecins vétérinaires.

A l'issue de la séance, le Banquet annuel aura lieu à la Taverne du Nègre, 17, boulevard Saint-Denis. — Prix : 28 francs (service compris). — Les Dames sont conviées à assister au banquet. Tenue de ville.

Adresser les titres des communications, les adhésions à la réunion et au banquet au Dr Bérillon, président, 22, rue Vignon (9e), Tel. : Opéra 81-80, et au Dr Marcel Viard, secrétaire général, 11, rue du Printemps, Paris (17e).

La Société de psychothérapie, dont le but est de contribuer à maintenir les traditions glorieuses de la médecine philosophique, invite cordialement les médecins et étudiants à assister aux réunions et à la séance annuelle.

Réunions de morphologie médico-chirurgicale

La prochaine réunion de morphologie médico-chirurgicale aura lieu le mercredi 10 novembre 1936, à 20 heures 45, à la Bibliothèque de la Maison de santé Velpeau, 7, rue de la Chaise, à Paris.

Les réunions de morphologie médico-chirurgicale groupent tout ce qui concerne l'orthopédie, l'endocrinologie, la physiothérapie, la psychanalyse, la dermatologie appliquée au physique, la chirurgie réparatrice et plastique, en somme tous les travaux de morphologie générale et spéciale dont la synthèse amène naturellement à la prévention des difformités, c'est-à-dire à la médecine sportive et à l'hygiène.

Les séances sont mensuelles et permettent aux divers spécialistes de se rencontrer dans le cadre de l'amitié.

La durée des communications ne doit pas excéder plus de 15 minutes et il est accordé 3 minutes aux participants des discussions, Chaque communication doit être accompagnée d'un résumé de six lignes au maximum en triple exemplaires.

Association des médecins amateurs de jardin

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs la parution du premier numéro du Bulletin de l'Association des médecins amateurs de jardin. Ce bulletin, tiré sur beau papier, illustré de magnifiques reproductions photographiques, indique au public médical la création et les règlements de la nouvelle Société en même temps que l'organisation des nouveaux services à l'avantage des membres de la Société.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, M. Dejust, 58 rue Saint-Lazare, Saint-Ouen-l'Aumône.

Le Gérant : J.-B. BAILLIÈRE

Imp. N. Trécult. 8, rue Danton Paris

DERNIÈRES NOUVELLES

Nécrologie

Le Dr Louis Malzac (de Lasalle, Gard), décédé à l'âge de 65 ans. — Le Dr Julien Coste (de Jausiers, Basses-Alpes). — M. Henry Rogier, docteur en pharmacie, officier de la Légion d'honneur. Nous adressons à Madame Henry Rogier, à M. le Dr et à Madame Georges Boutin l'expression de nos condoléances attristées. — M. Fernand Ducatte, docteur en pharmacie, chevalier de la Légion d'honneur, maire de Champcevrais. — Le Pr Oscar Vulpines, décédé à Heidelgerg à l'âge de 69 ans, dans un accident d'automobile; il était l'un des fondateurs de l'école allemande d'orthopédie. — Le Pr Francesco Radaeli, décédé à Maderno (Italie) à l'âge de 66 ans. — Le Pr Enrique Paschen, décédé à l'âge de 76 ans; il était directeur de l'Institut de vaccination de Hambourg. — Le Pr Arnaldo Trambusti (de Pise). — Le Dr W.-M. Willoudhby (de Londres). — Le Dr Dupouyt. — Le Dr Victor Pauchet, décédé à Amiens à l'âge de 67 ans. — M. Pedeprade père de M. le Dr Pedeprade (de Bagnères-de-Bigorre). — Le Dr Léon Neuens (de Bois-de-Villers, Belgique), décédé à l'âge de 51 ans. — Le Dr Lucien Burnotte (de Neufchâteau, Belgique). — Le Dr Albert Saint-Cène, ancien chef de clinique urologique à la Faculté de médecine de Paris, chevalier de la Légion d'Honneur, père de Mlle le Dr Suzanne Saint-Cène. — Le Pr Mossé, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Toulouse, membre correspondant de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur. — Le Dr Gaillard, médecin honoraire des hôpitaux de Paris. — Le Dr Bluzat (de Rouen). — Le Dr Ernest Duvrac, médecin de l'hospice de Bourg-Achard — Le Dr Hugues Estradère, ex-interne des hôpitaux de Bordeaux. — Le Dr Jules Fabre (de Graissesac, Hérault). — Le Dr Pierre Goulven (de Clohan-Carnoët, Finistère). — Le Dr Paule Houdeville (de Rouen). — Le Dr Achille Joly (des Sables-d'Olonne). — Le Dr Louis Julie (de Montpellier). — Le Dr Masseret (de Vichy). — Le Dr Michel Parvu (de Paris). — Le Dr Henri Sahut, maire de la Bastide (Lozère). — Le Dr Bavigne (de Montpellier). — Le Dr Bompaire (de Millau). — Le Dr Versenc (de Lavaur). — Le Pr Alexandre Safarewicz, titulaire de la chaire d'hygiène à Vilno. — Le Dr Théophile Gryglewicz. — Le Dr Docent Thadée Pisarski (de Cracovie). — Le Dr Zdislaw Slawinski (de Varsovie), président de la Société des chirurgiens polonais. — Le Dr Aristide Meriadec (de Quimper). — Le R. P. Lauras, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Mariages

M. Pierre Camus, interne des hôpitaux de Paris, fils de M. le Dr Camus, et Mlle Françoise Tiffeneau. — M. le Dr Lucien Gay (de Massy) et Mlle Simone Martres. — Mlle Geneviève Goiffon, fille de M. le Dr et de Madame Goiffon, et M. Robert Guillet. — M. Robert Marc, interne des hôpitaux de Bordeaux, et Mlle Marguerite Dircks. — Mlle Valentine Delfosse, fille de M. le Dr Clément Delfosse, et M. le Dr Henri Battcau, ex-interne des hôpitaux de Lille.

Fiançailles

M. le Dr Raymond Philip, ancien chef de clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté de médecine de Bordeaux, et Mlle Nicole Bloch.

Hôpitaux de Paris

Concours de stomatologiste des hôpitaux. — *Jury*



après acceptation : MM. Lemerle, Béliard, Fargin-Fayolle, Izard, Ruppe, Bergeret, Grenet.

Constitution des jurys des concours. — *Concours des prix de l'internat en médecine (section de médcine)* : MM. les D[rs] Tzanck, Kourilski, Celice, Ravina et Chevalley.

Censeurs : MM. Decourt et Gilbert Dreyfus.

Concours des prix de l'internat en médecine (section de chirurgie et d'accouchement) : MM. les D[rs] Basset, Parfonry, Küss, Robineau et Metzger.

Censeurs : MM. Maurer et Oberlin.

Concours d'assistant d'électro-radiologie : MM. les D[rs] Beaugeard, Béclère, Duhem (électrologiste), Tzanck et Bréchot.

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris

Conférences du dimanche. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1936-1937, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, rue de l'Ecole-de-médecine.

Ces conférences sont publiques et gratuites.

Programme pour le premier trimestre 1936-1937:

22 novembre. — M. Bariéty : Septicémies à pneumocoques.

29 novembre — M. Siredey : Diagnostic précoce du cancer utérin.

6 décembre. — M. René Bénard : L'éréthisme cardiaque des adolescents, son importance au point de vue individuel et social.

13 décembre. — M. Cattan : Les septicémies à gonocoques.

20 décembre. — M. Huber : Les règles de la sélection des enfants convalescents et tuberculeux.

Faculté de médecine de Paris

M. le D[r] Philibert, agrégé, souffrant, ne pourra commencer son cours le mardi 26 novembre.

Un avis ultérieur annoncera l'ouverture du cours.

Cours de pathologie médicale. — M. le P[r] Pierre Abrami fera sa leçon inaugurale le vendredi 27 novembre 1936, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté et continuera son cours les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique.

Faculté de médecine de Bordeaux

Concours de l'internat. - Sont admissibles : MM. Jean Blouin, Breton, Chassagnette, Chastrusse, Collomb, Courteix, Coutou, Daffas, Dubuc, Duhart, Durieux, Fagart, Faure, Laborit-Lafitte, Lambert, Moretti, Morichaud-Beauchamp, Oraison, Pouyanne, Reboul, M[lle] Rogier, M. Tingaud.

Ecole de médecine de Clermont

Le concours pour l'emploi de professeur suppléant d'anatomie pathologique à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont qui devait s'ouvrir le 19 octobre 1936 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse est reporté au mardi 17 décembre 1936 devant la même Faculté.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Ecole de médecine de Caen

M. le D[r] Maurice Collin, médecin des hôpitaux, a été nommé professeur à l'Ecole de médecine de Caen.

Hôpitaux de Montpellier

Concours de l'internat. — *Epreuves écrites.* — Pathologie médicale : Diagnostic de la méningite tuberculeuse. — Pathologie chirurgicale : Les hémorragies dans la grossesse tubaire.

Epreuves orales. — Epreuve de garde : Diagnostic et traitement d'urgence de l'hémothorax traumatique. — Anatomie et physiologie : 1[re] série : Glandes sous-maxillaires (anatomie et physiologie). 2[e] série : Rapports des ventricules latéraux du cerveau (physiologie du liquide céphalo-rachidien). — Pathologie interne : 1[re] série : Erythèmes scarlatiniformes. 2[e] série : Diagnostic des dysenteries aiguës. — Pathologie externe : 1[re] série : Tumeurs à myéloplaxes des os longs. 2[e] série : Diagnostic et traitement du cancer de la langue.

A la suite du concours, ont été proposés comme *internes titulaires* : MM. Paul Bétoulières, Jean Cheynel, Théodore Drouhet, Albert Gourty, M[lle] Lucile Bougarel.

Comme *externes en premier* : M[me] Deffuant (de Gaillande), MM. Claude Gros, André Vedel, Soulié.

Hôpitaux de Strasbourg

Concours de l'internat de 1936. — *Jury* : MM. Ambard, Barré, Fontaine, Fontès, Forster, Merklen, Weill, Weiss.

Questions : Rate et ses rapports dans l'histologie. — Physiologie du lobe antérieur de l'hypophyse. — Diagnostic des septicémies. — Signes, diagnostic et complications du cancer du rectum.

Ont été nommés : MM. Muller, Germain, Gall (étranger en surnombre), Buck, Bernheim, Sommer, Kircher, Pfister, Mugler, Rohmer, M[lle] Fitzenkam.

Concours de l'externat de 1936. — *Jury* : MM. Bellocq, Bonin, Merklen, Reeb, Schwartz, Thivolle.

Questions écrites de une demi-heure : Nerf radial. — Tube urinaire. — Physiologie de la thyroïde. — Constituants constants azotés de l'urine. — Pneumothorax. — Adénites aiguës.

Ont été nommés : MM. Buck, Vix, Mlle Kahn, MM. Kammerer, Ganghoffer, Mayer, Stoll, Wiener, Franck, Meisterheim, Brux (étranger en surnombre) Mlles Filler, Schaller, Heil, MM. Robert, Gluck, Stricker, Uhl, Sar, Kerschenmeyer (étranger en surnombre), Stehlé, Wiest.

Hôpitaux de Rouen

M. le Dr Jouen-Delamare, ancien interne des hôpitaux de Rouen, a été nommé, après concours, médecin électro-radiologiste des hôpitaux de Rouen.

MM. les Drs Vaudour, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris, et Delaporte, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, ont été nommés, après concours, médecins adjoints des hôpitaux de Rouen.

M. le Dr Lauret, ancien interne des hôpitaux de Paris, a été nommé, après concours, accoucheur des hôpitaux de Rouen.

Administration générale de l'Assistance publique à Paris

Un certain nombre de places d'assistants des consultations générales de médecine et de chirurgie, seront vacantes le 1er janvier prochain dans les hôpitaux dépendant de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Les candidats qui doivent justifier de la double qualité de docteur en médecine et d'ancien interne des hôpitaux de Paris comptant quatre années d'internat, sont priés de s'adresser au bureau du Service de santé de cette Administration (3, avenue Victoria) avant le 15 décembre prochain, dernier délai.

Sanatorium national Vancauwenberghe à Zuydcoote

Un concours est ouvert pour un poste, au moins, de médecin adjoint résidant au sanatorium national Vancauwenberghe de Zuydcoote (hôpital maritime).

Le traitement de début est de 22.000 francs et peut atteindre 36.000 francs par avancements successifs.

Les intéressés bénéficient gratuitement du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage.

Il est interdit de faire de la clientèle et d'accepter un emploi accessoire. Les femmes sont admises à concourir.

Les demandes devront être adressées au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 1er bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris 17e, avant le 6 décembre 1936.

Cité Universitaire

Service médical. — Concours pour la nomination d'un interne résident et la désignation de cinq internes suppléants.

Les épreuves commenceront le mardi 1er décembre 1936, à 9 heures 30, à la Sorbonne, Salle V.

Les inscriptions en vue du concours seront reçues jusqu'au 21 novembre 1936, inclusivement, au secrétariat de l'Académie de Paris, à la Sorbonne (bureau 6).

Service de santé de la marine

Médicat des hôpitaux maritimes. — M. le Dr André, médecin de 1re classe, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux, a été nommé, après concours, médecin des hôpitaux maritimes et affecté au Centre d'aviation d'Hyères.

Académie des sciences morales et politiques

L'Académie, en comité secret, a accordé une récompense de 600 francs sur le prix Thorel au Dr Henri Fisher, pour son travail sur l'organisation d'assistance aux enfants infirmes.

Maladies contagieuses

Décret du 11 novembre 1936.

Article 1er. — Le paragraphe 3 de l'article 2 du décret du 16 mai 1936 est modifié comme suit :

« La lettre C, ou la lettre T inscrite sur le carnet de déclaration, à la suite du nom de chaque maladie, indique le mode de désinfection exigé (C pour la désinfection en cours, T pour la désinfection terminale). La désinfection est assurée au choix des familles, soit par leurs soins, soit par une entreprise privée et dans ces deux cas sous la direction du médecin et le contrôle de l'inspecteur départemental d'hygiène, soit enfin par les services publics ».

Association amicale des anciens élèves de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Bordeaux

La fête de bienfaisance de l'Association amicale des anciens élèves de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Bordeaux, organisée sous la présidence de M. le médecin général inspecteur Lecomte, aura lieu les 1er et 2 décembre prochain à l'Hôtel Continental, 2, rue Rouget-de-l'Isle à Paris.

Association française de femmes médecins

(Reconnue d'utilité publique).

La dernière réunion a lieu le samedi 21 novembre.

Madame Vandervelde, la femme du ministre de la

DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Santé publique de Belgique, exposera elle-même le résultat de cinq années de l'application de la loi de défense sociale à l'égard des anormaux en Belgique.

Pour tous renseignements, s'adresser à la secrétaire générale Mlle Serin, 11, boulevard de Port-Royal, Paris.

Shi-Club Médical de France

Le Ski-Club médical de France organise des cours gratuits d'éducation physique préparatoire au ski, réservés aux médecins et étudiants en médecine et à leur famille.

Ces cours commenceront le jeudi 19 novembre à 19 heures, à l'Institut d'éducation physique, 1, rue Lacretelle, Paris.

Inauguration de la Maison Internationale des étudiants

Au cours d'une cérémonie pleine de solennité, en présence de nombreux membres du corps diplomatique, de personnalités du monde de l'enseignement, M. Albert Lebrun a inauguré le samedi 14 novembre, à 15 heures, la Fondation Rockefeller, ou Maison internationale des étudiants.

M. Honnorat, recevait officiellement le président de la République qui était accompagné par M. André Magre, secrétaire général de la présidence. Auprès de lui se tenaient M. Jean Zay, ministre de l'Education nationale, accompagné du directeur de son cabinet, M. Marcel Abraham. MM. Viénot, sous-secrétaire d'Etat aux Affaires Etrangères, Coulet, délégué général de la Cité Universitaire, des directeurs des fondations et d'une délégation d'étudiants habitant la Cité.

Après la visite de la Maison, M. Honnorat prit la parole pour vanter la générosité de M. Rockefeller et souhaite que les étudiants dans cette Maison internationale, apprennent à se connaître et à s'estimer.

M. Charléty, recteur de l'Université de Paris, remercie à son tour M. Rockefeller senior de sa libéralité.

Le sous-secrétaire d'Etat aux Affaires Etrangères et le ministre de l'Education nationale saluèrent à leur tour l'initiative de M. Rockefeller.

Puis, après ces discours, S. E. l'ambassadeur des Etats-Unis remit officiellement la fondation au sénateur Honnorat

Les médecins étrangers à Paris

Sont arrivés pour travailler dans les hôpitaux et laboratoires :

MM. Guillermo Allende, Alberto Ravagnan, argentins; Leruitte, Baneux, Bonhomme, Broen, belges; Leaô Ezagui, brésilien; Vlakhoff, Stoyonoff, bulgares; Lepage, Herman, Gauthier, Gustave Auger, Henry Smith, J.-P. Dugal, canadiens; Tchou-Changjan, chinois; Enrique Laval, Luis Bisquertt, chiliens; Leonardo Guzman, directeur de l'Institut du radium, professeur à la Faculté de médecine de Santiago du Chili, Nicolas Taborga, chiliens; Jorge Higgins, équatorien; Castro Sanchez, costaricien; Vibeke Hostrup, danois: Vincent Torné Balasch, espagnol; Jack Spivak, Kambourian, John Vosgan Avakian, américains; Georges Dimou, Etienne Dracatos, grecs; André Forgacs, hongrois; Roberto Martinez, hondurien; S. Katabi, iraquien; Aldo Masturzo, italien; Vytautas Avizonis, Kolodnas, lithuaniens; Clemente Roblès, mexicain; Cuba Caparo, péruvien; Alevandre Sztejnberg, polonais; Mlle Gottlieb, polonaise; M. Joseph Fodimann, russe; Mlles Leonore, von Monakow, Elsbeth Diem, Elisabeth Schmorf, Charlotte Sarasin, étudiantes suisses; MM. Reymond, Leonhard Ragaz, René Suter, Wiesinger Klaus, Melittabrügger, Max Duggelin, étudiants suisses; Pierre Duperthuis, suisse; Mourad Arnouk, Ezzat Gabra, Edgar Laham, syriens; Sindelar, Charles Klepetar, tchécoslovaques; I. Adnan Atam, turc; Mlle Djevad, turque; MM. Nicolitch Montchilo, Zvonimir Susic, yougoslaves; Antonio Pineda, vénézuélien.

(*A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard*).

Le Gerant : J.-B BAILLIÈRE

Imp. N. Trécult, 8, rue Danton, Paris

DERNIÈRES NOUVELLES

Nécrologie

Le Dr Paul Verdenal, médecin-chef honoraire de l'hôpital de Pau. — Le Pr Edoardo Perroncito (de Turin), le maître de la parasitologie. — Le Dr Jules Delbecque, frère de M. le Dr A. Delbecque. — Le général médecin Armand Voncken (de Tirlemont), décédé à l'âge de 83 ans. — Madame Gauducheau, belle-mère de M. le Dr Magendie, chirurgien des hôpitaux. Nos sincères condoléances. — Le général médecin Stanislas Cochez, ancien chef du service médical du Corps de gendarmerie de Belgique. — Le Dr François Michel, médecin aux Messageries Maritimes, décédé à l'âge de 28 ans, fils de M. le Dr Gaston Michel, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Nancy. — Le R. P. Lauras, directeur de la Conférence Laënnec. — Le Dr Grec (de l'Isle). — Le Dr Paul Batigne, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Mariages

M. le Dr Adrien-Marc Weill, ancien interne des hôpitaux de Paris, fils du Dr Alfred Weill, décédé, et Mlle Andrée Bloch. — M. le Dr Edmond Singer et Mlle Simone Sanders. — M. le Dr J. Guyonnet-Dupérat et Mlle Denyse de Payraud. Nos sincères félicitations. — M. le Dr Maurice Gaucher, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, et Mlle Françoise Monin, externe des hôpitaux de Paris. — M. Charles Douay, externe des hôpitaux, fils de M. le Dr Douay, ancien chef de travaux gynécologiques à la Faculté, et Mlle Suzanne Lemarchand. — M. Hubert Cerf, fils de M. le Dr Léon Cerf, chevalier de la Légion d'honneur, et de Madame Léon Cerf, et Mlle Marie-Françoise Harscouët de Keravel, fille de M. le Dr L. Harscouët de Keravel. — Mlle Georgette Brouardel, fille de M. le Dr Georges Brouardel, de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur, et de Madame Georges Brouardel, et M. Pierre Widal, fils de M. Fernand Widal, de l'Institut et de l'Académie de médecine, grand-officier de la Légion d'honneur, décédé, et de Madame Fernand Widal.

Fiançailles

Mlle Marie-Rose Sulzer, interne des hôpitaux, fille du Dr David Sulzer, décédé, et M. Raymond Cans, architecte E. D. B. A. — M. Robert Corpechot, fils de M. le Dr Corpechot, et Mlle Nicole Bied-Charreton. — M. le Dr Jean Borie et Mlle Geneviève Saint-Cizi-Castan. — Mlle Claude Roussel, fille et belle-fille de M. le Dr et de Madame Gaston Roussel, et M. André Hubin.

Naissances

M. le Dr et Madame W. Jullien font part de la naissance de leur fille Claire. Nos sincères félicitations. — M. le Dr et Madame Pierre Combalot font part de la naissance de leur fils Paul. — MM. les Drs Eg. Léna et André Léna font part de la naissance de leur petit-fils et fils Jacques. — M. le Dr et Madame Claude Beau font part de la naissance de leur fille Marie-Claire. — M. le Dr et Madame Jean Morenon font part de la naissance de leur fille Eliane. — M. le Dr Yvan Guilbert, médecin de la marine, et Madame font part de la naissance de leur fille Marie-Ghislaine.

Hôpitaux de Paris

Concours de stomatologiste des hôpitaux. — *Epreuve*



écrite. — Question sortie : Stigmates osseux et dentaires de la syphilis congénitales.

Questions restées dans l'urne : Etiologie, signes, diagnostic et traitement de la nécrose mandibulaire. — Lithiase salivaire.

Faculté de médecine de Paris

Session de février 1937 (nouveau régime). — Les consignations pour la session de réparation de février 1937 seront reçues les lundi 7 et mardi 8 décembre au secrétariat de la Faculté :

De midi à 15 heures : Guichet II pour les 1re, 2e et 3e années. - Guichet III pour les 4e et 5e années.

La cérémonie de la pose de la première pierre des nouveaux bâtiments de la Faculté de médecine aura lieu le jeudi 3 décembre à 15 heures, sous la présidence de M. le ministre de l'Education nationale et en présence de M. le Sous-Secrétaire d'Etat à la recherche scientifique.

(Angle du boulevard Saint-Germain et de la rue des Saints-Pères).

Académie de médecine

M. le Pr Costantino Gorini (de Milan) fait connaître à l'Académie qu'il pose sa candidature au titre d'associé étranger.

Par suite de la mort de M. Netter, la Commission des associés nationaux et étrangers se trouve réduite à 11 membres. Pour la compléter, il est proposé de nommer M. Vincent qui appartient à la Section d'hygiène où siégeait M. Netter et qui se trouve le plus ancien membre de cette Section. Cette proposition, mise aux voix, est adoptée.

Université de Paris

Avis aux étudiants. — Les listes publiées par le Bureau Universitaire de Statistique concernant les examens et concours ouverts aux étudiants diplômés ou non, et en général toutes les informations relatives aux situations, emplois et débouchés qui leur sont offerts, sont centralisées au Bureau des renseignements de la Sorbonne, où elles peuvent être consultées tous les jours, de 10 à 12 heures et de 14 à 16 heures.

Faculté de médecine de Bordeaux

Concours d'anatomie. — M. Faulain, interne des hôpitaux, aide d'anatomie, a été nommé, après concours, prosecteur.

MM. Vergez et Combescot, externes des hôpitaux, ont été nommés aides d'anatomie adjoints.

Faculté de médecine de Lille

M. Machebœuf, agrégé à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger, est chargé, à compter du 1er novembre 1936, de la suppléance de M. Giberton, professeur sans chaire à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, appelé à d'autres fonctions.

Année 1936-1937. — Sont chargés des cours complémentaires ci-après : *Pharmacologie* : M. Combemale ; *Bactériologie* : M. Gernez ; *Physique* : M. Sonneville ; *Ophtalmologie* : M. Painblan ; *Déontologie* : M. Muller ; *Stomatologie* : M. Soleil ; *Médecine opératoire* : M. Swynghedauw.

Sont chargés des fonctions d'agrégés chargés d'enseignement : *Pathologie interne* : M. Auguste ; *Oto-rhino-laryngologie* : M. Piquet ; *Anatomie pathologique* : M. Nayrac.

Sont chargés des fonctions d'agrégés chefs de travaux : *Bactériologie* : M. Gernez ; *Médecine légale* : M. Muller ; *Pharmacie* : M. Lespagnol ; *Anatomie pathologique* : M. Duthoit.

Sont chargés des fonctions de chefs de travaux : *Physique* : M. Swynghedauw ; *Chimie minérale* : M. Vielledent ; *Chimie organique* : M. Boulanger ; *Physiologie* : M. Duvillier.

Faculté de médecine de Marseille

Des concours s'ouvriront à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de Marseille : 1° le 5 avril 1937, pour un emploi de chef de clinique oto-rhino-laryngologique ; 2° le 31 mai 1937, pour un emploi de chef de clinique de chirurgie infantile. Conditions d'admission : Français ou naturalisé, moins de 40 ans, docteur en médecine.

Inscriptions au moins 8 jours avant l'ouverture des concours, au secrétariat de la Faculté.

Faculté de médecine de Strasbourg

Au cours de la séance de rentrée de l'Université, le titre de docteur *honoris causa* a été décerné à M. Albert Bessemans, professeur d'hygiène et de bactériologie à la Faculté de médecine et recteur de l'Université de Gand.

Hôpital de Pontoise

Le concours ouvert à l'hôpital de Pontoise le 19 novembre 1936 pour la nomination de deux internes titulaires a donné les résultats suivants : Ex-æquo : Dumery (Pierre), Bernier (Jean).

Hôpital civil de Saint-Omer

Un concours pour l'emploi de médecin-chef aura lieu à Lille au siège de la Faculté de médecine, le lundi 21 décembre 1936.

Principales conditions à remplir à la date du 21 décembre :

Etre français ; posséder le diplôme de docteur en médecine conféré par une Faculté française. Etre âgé de 26 ans au moins et de 40 ans au plus. Avoir

exercé en France au moins pendant trois ans (chaque année d'internat dans un service des hôpitaux attachés aux Facultés de l'Etat comptera pour une année de pratique).

Les candidats devront requérir leur inscription pour le 14 décembre 1936 à 17 heures au plus tard au secrétariat des hospices civils de Saint-Omer.

Pour les pièces à produire et tous renseignements complémentaires, s'adresser audit secrétariat.

Académie des sciences

Prix décernés, troisième et quatrième listes.

Fonds de recherches scientifiques. — Fondation Mme Victor Noury : deux prix de 2.500 francs sont décernés à M. René Bourret, professeur à l'Université d'Hanoï, et à Mme Elisabeth Jérémine, chargée de recherches à la caisse nationale des sciences. — Cinq prix de 2.000 francs sont décernés à M. Jules Guiart, professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon ; à M. Jacques Pochon, assistant à l'Institut Pasteur ; à M. Henri Stehlé, directeur du Jardin d'essais de Pointe-à-Pître ; à M. I.-André Thomas, chef de laboratoire à l'Institut du radium de l'Université de Paris ; à M. V. Vilter, boursier de la Caisse nationale des sciences.

Prix généraux. — Prix Houllevigne (5.000 francs), à M. Etienne Wolff, assistant à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Fonds de recherches scientifiques. — Fondation Gegner (4.000 francs), à feu Maurice Parat, chef de travaux à la Faculté des sciences de Paris, mort dans le naufrage du *Pourquoi-Pas?*. — Prix Hélène Heibronner-Fould (3.000 frannes), à Mme Marie Phisalix, docteur en médecine.

Légion d'honneur

Sont nommés :

Au grade de chevalier: MM. Aurousseau (Louis-Georges), pharmacien à Paris; Courgeon (Jules-Ernest-Constant-Joseph), médecin chef honoraire à l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Médailles d'honneur des épidémies

Médaille d'or. — Troupes de Tunisie : M. le médecin lieutenant Jacob, du 18e régiment de tirailleurs sénégalais.

Médailles d'argent. — 2e région : M. le médecin commandant Sauvez, des salles militaires de l'hospice mixte d'Amiens. — 15e région : M. le médecin lieutenant Fiottes, du 7e régiment du génie à Avignon.

Médaille d'honneur du Service de santé. — 14e région : M. Mande, médecin sous-lieutenant de réserve.

Service de santé militaire

Par décision du 17 novembre 1936, sont nommés ;

Médecins des hôpitaux militaires. — Les médecins capitaines : M. Le Mer (G.-J.-M.), de l'hôpital militaire de Rennes.

M. Crosnier (R.-J.-L.), assistant des hôpitaux militaires, de l'hôpital militaire d'insruction du Val-de-Grâce.

M. Aujaleu (E.-J.-Y.), assistant des hôpitaux militaires, du centre médical d'examen du personnel navigant de l'aéronautique.

M. Sohier (R.-M.-P.-J.), assistant des hôpitaux militaires, du 22e bataillon d'ouvriers d'artillerie.

M. Marot (R.-E.), assistant des hôpitaux militaires, médecin adjoint à l'Ecole du Service de santé militaire.

Chirurgiens des hôpitaux militaires. — Les médecins capitaines : M. Peyrus (J.-J.), de l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes à Lyon.

M. Meidinger (F.-E.), de l'hôpital militaire de de Strasbourg.

M. Retat (L.-V.-P.), de l'hôpital militaire de Versailles.

M. Reberol (M.), assistant des hôpitaux militaires, de l'hôpital militaire de Bourges.

M. Lacaux (J.-M.-F.), assistant des hôpitaux militaires, de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

M. Gorsse (P.-M.-S.), assistant des hôpitaux militaires, de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

Service de santé de la marine

Par décision ministérielle du 10 novembre 1936, le titre de spécialiste des hôpitaux maritimes (branche ophtalmologie-oto-rhino-laryngologie) a été accordé pour compter du 25 novembre 1936, à M. le médecin principal Farges (R.-J.-A), en service à l'hôpital maritime de Sidi-Abdallah (application des dispositions du paragraphe 3 de l'article 11 de l'arrêté ministériel du 23 décembre 1930).

Commission des laboratoires

Il est créé au ministère de la Santé publique une Commission permanente des laboratoires qui délibère sur toutes les questions concernant le fonctionnement des laboratoires d'analyses médicales et, en particulier des laboratoires de bactériologie.

Elle propose au ministre, annuellement, l'attribution des subventions accordées auxdits laboratoires.

Elle comprend des membres de droit qui sont :

Le rapporteur du budget de la Santé publique au Sénat et à la Chambre.

Le directeur de l'hygiène et de l'assistance au ministère de la Santé publique.

Les conseillers techniques sanitaires rétribués du ministère de la Santé publique.

DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Le chef du 5e bureau de la direction de l'hygiène et de l'assistance.

Le chef de service chargé des services centraux d'hygiène sociale au ministère de la Santé publique.

Un représentant du Conseil supérieur d'hygiène publique.

Un représentant de l'Institut Pasteur.

Un représentant du ministre de l'Education nationale.

Un représentant de la Confédération des syndicats médicaux de France.

Un chef de laboratoire de bactériologie.

Un inspecteur départemental d'hygiène et un directeur de bureau d'hygiène.

Dix membres nommés par le ministre.

Il est constitué une section permanente composée du président. des vice-présidents, du secrétaire général, du chef du 5e bureau de la direction de l'hygiène et de l'assistance au ministère de la Santé publique, et de trois membres désignés par le ministre.

Sanatoriums publics

Un concours sur titres est ouvert en vue d'établir la liste d'aptitude aux fonctions de médecin directeur des sanatoriums publics pour le premier semestre de l'année 1937.

Les demandes seront reçues jusqu'au 19 décembre 1936 au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 1er bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

Asile public d'aliénés

Le 30 janvier 1937, à 9 heures, sera ouvert, à l'asile d'aliénés d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône), un concours pour la nomination de deux internes en médecine.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de l'asile, tous les jours non fériés de 14 à 16 heures. Il sera clos le 10 janvier 1937, à 16 heures.

Les internes reçoivent : le logement, le chauffage, l'éclairage, le blanchissage et la nourriture, ainsi qu'un traitement annuel de 9.700 francs.

Examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime

Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Bordeaux les 18 et 19 décembre 1936.

S'inscrire avant le 8 décembre prochain auprès du directeur de l'Inscription maritime à Bordeaux.

Service vétérinaire d'Alsace et de Lorraine

Par décret du 15 novembre 1936, le titre d'inspecteur général des services sanitaires vétérinaires a été conféré à M. le Dr Pfersdorff, chef des services vétérinaires d'Alsace et de Lorraine.

Hommage au Dr Guillemot

Les élèves et le personnel du Dr Guillemot se réuniront à l'hôpital Bretonneau le dimanche 20 décembre à 11 heures.

Un souvenir lui sera offert en témoignage d'affection et de reconnaissance.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. René Prieur, ancien interne des hôpitaux, 77, avenue Kléber, Paris (16e),

Médaille du Dr Georges Labey

La remise de la médaille offerte au Dr Georges Labey aura lieu le lundi 21 décembre, à 11 heures, à l'hôpital Boucicaut (78, rue de la Convention).

Rémunération des fonctionnaires et agents des laboratoires de bactériologie de Strasbourg et de Metz

Le *Journal officiel* du 17 novembre 1936 publie un décret sur la rémunération des fonctionnaires et agents des laboratoires de bactériologie de Strasbourg et de Metz.

Le Gérant : J.-B. BAILLIÈRE

Imp. N. Trécult, 8, rue Danton. Paris

DERNIÈRES NOUVELLES

Nécrologie

Le Dr Léon Defontaine, décédé à l'âge de 81 ans, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien honoraire de l'hôpital du Creusot. — Le Dr Michel Rischard. — Madame Iribarne, mère de M. le Dr Iribarne. — M. David M. Greig, décédé à l'âge de 72 ans, conservateur du Musée du Collège royal des chirurgiens d'Edimbourg. — Le Dr Edouard Christen (de Versailles), chevalier de la Légion d'honneur. — Le Dr Pierre Boulan, ancien radiologiste des hôpitaux. — Le Pr Clifford Perry, directeur sanitaire du Service de santé publique de San-Francisco. — Le Pr Reinhold Ruge (de Berlin). — Le Pr J. Leslie Davis (de Philadelphie). — Le Pr George Oliver Sharrett (de Cumberland). — Le Pr G. Lodato (de Palerme). — Le Dr D. Dudouyt, sénateur de la Manche, doyen d'âge des médecins du Sénat et de la Chambre. — M. Pierre Debuchy, frère de M. le Dr Alphonse Debuchy. — Le Dr Jean Philibert, médecin capitaine (de Portets) — Le Dr Emile Trifaud. — Le Dr Emile Caille (de Rennes). — Madame Jules Macke, mère de M. le Dr Jules Macke. — Le Dr Hugues Estradère, ex-interne des hôpitaux de Bordeaux.

Mariages

M. le Dr Roger Maspétiol, interne des hôpitaux de Paris, et Mlle Viviane Berr. — M. le Dr Pierre Lefèvre et Mme Simone Lenoir. — M. le Dr Danthuile et Mme Irène Beugnier.

Fiançailles

M. le Dr Aris Peycelon et Mlle Solange Manonviller.

Naissances

M. Jean Labey, fils de M. le Dr Georges Labey, chirurgien honoraire des hôpitaux, et Madame Jean Labey font part de la naissance de leur fils Thierry. — M. le Dr et Madame Michel Gantois font part de la naissance de leur fille Geneviève. — M. le Dr et Madame Hanoune font part de la naissance de leur fils Jacques.

Hôpitaux de Paris

Concours d'électro-radiologiste. — *Epreuve sur titres.* — Ont obtenu : MM. Cadet, 12; Duchamp, 14; Guillaumont, 15; Lamy, 12; Le Camus, 14; Le Canuet, 14; Monmignant, 15; Pizon, 15; Simon, 12.

Epreuve de radiologie. — Question posée : Technique générale d'un examen radioscopique du poumon.

Questions restées dans l'urne : Le rapport entre les mesures usuelles en radiothérapie, H. R. V. - Effectuer une radiographie de la hanche droite, au cours de cette opération, exposer au jury ce que l'on fait. — Ont obtenu : MM. Le Canuet, 12; Le Camus, 13; Cadet, 10; Duchamp, 14; Lamy, 16; Guillaumont, 12; Monmignant, 13; Simon, 9; Pizon, 15.

Mutations des électro-radiologistes. — A Bretonneau (en remplacement de M. le Dr Lobligeois, atteint par la limite d'âge), M. le Dr Lomon, de l'hôpital Hérold.

A Hérold. M. le Dr Gibet, titularisé.

A Bichat (en remplacement de M. le Dr Beaujard, atteint par la limite d'âge), M. le Dr Lehman, de l'hôpital Broca.

A Broca, M. le Dr Gilson, de l'hôpital Tenon.

A Tenon, M. le Dr Lepennetier, titularisé.

A la clinique Baudelocque (en remplacement de Mme de Brancas, décédée), M. le Dr Petit, titularisé.

Mutations des oto rhino-laryngologistes. — A l'hôpital Saint-Antoine (en remplacement de M. le Dr Grivot, atteint par la limite d'âge), M. le Dr Halphen, de l'hôpital Saint-Louis.

A Saint-Louis, M. le Dr Bouchet, titularisé.

A la consultation de l'hôpital Ambroise-Paré, M. le Dr Leroux, de la consultation de Cochin.

A la consultation de l'hôpital Cochin, M. le Dr Maduro.

Concours de la médaille d'or. — Le jury définitif est ainsi composé :

Médecine : MM. Garcin, Célice, Ravina, Chevalley et Kourilsky.

Censeurs : MM. Decourt, G. Dreyfus.

Chirurgie et accouchements : MM. Robineau, Basset, Küss, Parfonry et Metzger.

Concours de l'externat. — Jury du concours : MM. Degos, Cachera, Cattan, Rouquès, Patel, Merle d'Aubigné, Sicard, Redon, Suzor.

Conférences destinées aux internes des hôpitaux. — Le Pr Rathery fera quatre conférences sur le diabète à la salle des cours de la clinique thérapeutique de la Pitié, à 6 heures du soir.

1° *Mardi 8 décembre* : Indications et modes d'emploi de l'insuline dans le traitement des diabétiques.

2° *Samedi 12 décembre :* Le coma diabétique et le coma insulinique; diagnostic et traitement.

3° *Mardi 15 décembre* : L'intervention chirurgicale chez les diabétiques. Des soins à prendre avant, pendant et après l'opération.

4° *Samedi 19 décembre :* L'anthrax et la gangrène chez les diabétiques.

Séance solennelle de la Société française d'hématologie le mercredi 9 décembre à 10 heures, à la Pitié. — Conférences de M. le Pr Portier, membre de l'Instut : « Particularités du sang des invertébrés », et de M. le Pr Pittaluga, de Madrid : « Physiologie et pathologie du système reticulo-endothélial ».

Communications de MM. Dechaume, Laignel-Lavastine et E. Joltrain.

Hôpital de la Pitié. — Le mardi 15 décembre 1936, à 10 heures 30, au grand amphithéâtre, le Dr Paulian, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bucarest, fera une conférence (avec projections), sur " l'Histoire des débuts de la neurologie et de la psychiatrie en Roumanie", sous la présidence du Pr Laignel-Lavastine.

Faculté de médecine de Paris

Avis important. — Il est rappelé à MM. les étudiants que les consignations pour les examens de fin d'année doivent être faites du 4 au 16 janvier 1937.

MM. les étudiants français qui seraient encore en instance d'exonération des droits scolaires, au titre des familles nombreuses, sont également tenus de s'inscrire à leur examen, dans les mêmes délais, mais à titre provisoire.

Ils n'acquitteront les droits d'examen que lorsqu'il aura été statué sur leur demande d'exonération.

Questions d'actualité anatomo pathologique. — M. le Pr G. Roussy commencera ce cours non pas le le samedi 5 décembre, mais bien le samedi 12 décembre, à 16 heures, à l'amphithéâtre d'anatomie pathologique.

Académie de médecine

M. Strohl est désigné pour représenter l'Académie au Comité supérieur de normalisation.

Madame Phisalix, MM. Armand-Delille et Kling ont fait connaître à l'Académie de médecine qu'ils posaient leur candidature à la place vacante dans la section des Membres libres.

La séance annuelle de l'Académie de médecine au coursdelaquel seront proclamés, par M. Hartmann, président, les prix et récompenses décernés en 1936, aura lieu le 8 décembre, à 3 heures précises.

M. Brouardel, secrétaire annuel, présentera un rapport sur ces prix et M. Rist prononcera l'éloge d'Hérard.

Faculté de médecine de Nancy

Diplôme d'hygiène. — L'enseignement spécial destiné aux docteurs et étudiants en médecine, en fin de scolarité, qui ont l'intention de briguer un poste de fonctionnaire d'hygiène et de médecine sociale, commencera le 12 janvier 1937.

Le registre d'inscription sera ouvert à partir du 15 décembre, au secrétariat de la Faculté de médecine.

Pour tous renseignements concernant le programme et les horaires, s'adresser au directeur de l'Institut d'hygiène, 40, rue Lionnois, à Nancy.

Ecole de médecine de Besançon

M. le Dr Pierre Gomet est institué, pour 9 ans, professeur suppléant des chaires de pathologie et clinique médicales.

Ecole de médecine de Dijon

M. Quanquin, chef de physiologie, est prorogé dans ses fonctions du 1er novembre 1936 au 30 septembre 1937.

Ecole de médecine de Limoges

M. Malabou, pharmacien, est délégué jusqu'à

DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

l'issue d'un prochain concours, dans les fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

Ecole de médecine de Poitiers

M. le Dr Foucault est institué, pour 9 ans, professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Ecole de médecine de Reims

M. Tcchoueyres, professeur d'histologie, est nommé professeur d'anatomie pathologique (emploi nouveau).

Hôpitaux d'Angers

Après concours, M le Dr M. Fronteau a été nommé médecin stomatologiste des hôpitaux d'Angers.

Hôpitaux de Lille

Concours d'internat. — Les concours d'internat des hôpitaux de Lille et des hôpitaux des Facultés catholiques ont eu lieu simultanément. En voici les résultats :

Internat des hôpitaux de Lille. — MM. Dehouck et Lagarde, internes titulaires; M. Rogez, externe en premier. Classés à la suite : MM. Sorrant, Alexandre, Coustenoble.

Internat des hôpitaux des Facultés catholiques. — MM. Dehouck, Lagarde, Rogez et Sorrant, internes titulaires.

MM. Dehouck et Lagarde ayant opté pour les hôpitaux de Lille, MM. Rogez et Sorrant ont été affectés, conformément au règlement, à l'hôpital Saint-Philibert.

Concours d'externat. — Ont été nommés :

Externes des hôpitaux de Lille. — MM. Parisis, Protin, Bradier, Boudailliez, Rémond, Desoutter, J. Delaoutre, Nolf.

Externes des hôpitaux des Facultés catholiques. — MM. Parisis, Bradier, Nolf, Rémond, Protin, P. Delaoutre, Tréca, Dutilheul.

Classés à la suite : MM. Bernard, Blanc, Guennic.

Hôpitaux de Mulhouse

A la suite de la retraite du titulaire actuel, la place de médecin-chef et chirurgien en chef des hôpitaux civils de Mulhouse sera vacante à partir du 1er octobre 1937. Les postulants à cette place, âgés de moins de 45 ans, sont priés de produire leurs titres et de faire acte de candidature auprès du maire de la Ville de Mulhouse, président de la Commission administrative des hôpitaux civils, jusqu'au 1er janvier 1937.

La connaissance des deux langues est indispensable.

Hôpital-hospice de Saint-Denis

Concours d'internat. — Un concours pour l'obtention de quatre places d'internes titulaires et une place d'interne provisoire aura lieu à l'hôpital-hospice de Saint-Denis les lundi 11 et mardi 12 janvier 1937, à 9 heures.

Sont seuls admis à prendre part au concours, les étudiants et étudiantes en médecine français ou naturalisés français, pourvus d'au moins 16 inscriptions nouveau régime et âgés de moins de 30 ans au 1er janvier de l'année du concours.

La liste d'inscription sera close huit jours avant l'ouverture du concours.

Chaque demande d'inscription devra être accompagnée des pièces ci-après :

1° Extrait d'acte de naissance.

2° Pièce établissant la situation du candidat au point de vue militaire.

3° Notice indiquant les titres scientifiques et hospitaliers du candidat.

4° Certificat de scolarité de date récente.

Avantages : Indemnité mensuelle de 550 francs, nourriture, logement, blanchissage.

Légion d'honneur

Est promu :

Au grade d'officier : M. le Pr C. Andronesco (de Bucarest).

Est nommé :

Au grade de chevalier : M. le Dr Rimey (de Luxeuil).

Service de santé militaire

Concours pour l'emploi de chef de clinique chirurgicale à l'Ecole d'application des médecins et pharmaciens-chimistes de 2e classe. — Le concours pour l'emploi de chef de clinique chirurgicale à l'École d'application des médecins et pharmaciens-chimistes de 2e classe, annoncé au *Journal Officiel* du 23 septembre 1936, aura lieu le 28 janvier 1937, à l'hôpital Sainte-Anne, à Toulon.

Jury d'examen. — Président : L'inspecteur général du service de santé.

Membres. Les médecins en chef de 2e classe : M. Solcard, professeur, chirurgien des hôpitaux maritimes; M. Guichard, chirurgien des hôpitaux maritimes.

Membre suppléant : M. Perves, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux maritimes.

Service de santé de la marine

Par décision ministérielle du 19 novembre 1936, les officiers supérieurs du corps de santé ci-après désignés sont maintenus dans leur fonctions de professeur à l'Ecole d'application pendant l'année 1937:

M. le médecin en chef de 1re classe Hederer, professeur d'hygiène navale, militaire et coloniale.

M. le médecin en chef de 2e classe Yver, professeur de clinique ophtalmologique et oto-rhino-laryngologique.

Par décision en date du même jour :

M. le pharmacien-chimiste principal Audiffren, professeur agrégé, a été nommé professeur titulaire, chargé de l'enseignement de la chimie appliquée à l'industrie, à l'hygiène et à l'examen des denrées alimentaires, à l'École d'application.

M. le pharmacien-chimiste de 1re classe Damany, professeur agrégé, a été nommé, à la même Ecole, professeur agrégé chargé de l'enseignement de la chimie biologique, de la toxicologie, des expertises légales ou médico-légales, de l'instruction chimique Z et de la pharmacie.

Ces nominations compteront du 1er janvier 1937.

Inspection départementale d'hygiène de la Charente-Inférieure

Concours pour la nomination de l'inspecteur départemental d'hygiène de la Charente-Inférieure. — Il sera ouvert à Paris, au ministère de la Santé publique, un concours sur titres pour la nomination d'un médecin inspecteur départemental des services d'hygiène de la Charente-Inférieure.

Les candidats à cet emploi devront être français et s'ils sont naturalisés, satisfaire aux conditions posées par la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine; ils devront être âgés de moins de quarante-cinq ans et avoir satisfait à la loi militaire; ils devront être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat) et avoir exercé la médecine pendant au moins deux ans.

Un droit de priorité sera réservé aux médecins ayant exercé pendant deux ans au moins des fonctions d'hygiéniste, ainsi qu'aux diplômés des Instituts d'hygiène universitaires.

Les demandes, rédigées sur timbre, devront être envoyées, avant le 15 décembre 1936, au préfet de la Charente-Inférieure, à qui il convient de s'adresser pour obtenir tous renseignements complémentaires, notamment la liste des pièces à fournir par les candidats.

Le traitement de début est fixé à 4.0000 francs et sera porté à 43.000 francs après une année de stage; il peut atteindre 55.000 francs en cinq classes.

Il s'y ajoute les indemnités de résidence et de charges de famille accordées aux fonctionnaires de l'Etat.

Asiles publics d'aliénés

Vacances de poste de médecin directeur d'asiles publics d'aliénés. — Un poste de médecin directeur est vacant à l'asile public d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire, par suite du départ de M. le Dr Baruk.

Le poste de médecin-chef, directeur de l'asile départemental d'aliénés de Lafond (Charente-Inférieure) est vacant par suite du départ de M. Pelissier, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Concours de médecin contrôleur adjoint des assurances sociales au Ministère du Travail

Il est ouvert un concours sur titres pour un emploi de contrôleur adjoint des assurances sociales sociales au ministère du Travail (les femmes ne sont pas admises à prendre part à ce concours).

Pour être admis à concourir, les candidats doivent satisfaire aux conditions ci-après :

1° Posséder la qualité de français et être âgés de moins de quarante ans au 1er janvier 1937.

2° Etre titulaires du diplôme de docteur en médecine d'une Faculté de l'Etat et compter au minimum dix années de pratique médicale.

3° Prendre l'engagement, en cas de nomination, d'effectuer, avant leur installation, un stage non rémunéré d'un mois, en vue de permettre leur mise au courant par leur prédécesseur.

4° Prendre l'engagement de ne pas faire de clientèle.

5e Envoyer leur demande d'admission au concours au ministère du Travail (bureau du personnel central et extérieur, 4e section, 127, rue de Grenelle, Paris (7e), avant le 1er janvier 1937.

6° Produire un certificat médical délivré par un médecin assermenté de l'administration constatant

DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

qu'ils sont physiquement aptes au service du contrôle.

En outre, le candidat reçu ne pourra être admis dans l'Administration que sur la production d'un certificat délivré, dans les conditions fixées par l'arrêté interministériel du 25 février 1930, par un médecin phtisiologue assermenté de l'administration constatant qu'il est indemne de toute affection tuberculeuse.

Marine marchande

MM. les Drs Clerc, Perre et Chefneux ont été nommés membres du Conseil supérieur de santé de l'établissement national des invalides de la marine.

Hommage au Pr Vaquez

La Société médicale argentine, dans sa section de médecine interne, a rendu un pieux hommage à la mémoire du Pr Vaquez Un éloge émouvant fut lu par M. Egidio S. Mazzei. A la fin, tous les membres présents ont observé debout une minute de silence.

Hommage à M. le Pr A Gosset

A l'occasion de son élection à l'Académie des sciences, un Comité d'élèves et amis s'était formé pour offrir à M. le Pr Gosset une épée d'honneur. Elle lui a été remise le 28 novembre à l'hôpital de la Salpêtrière.

Le Pr agrégé Petit-Dutaillis, au nom des élèves français; le Pr Daniel (de Bucarest), pour les élèves étrangers; M. Jean Berger, pour les chirurgiens des hôpitaux; M. Crouzon, pour les médecins de la Salpêtrière; le Pr Roussy, doyen de la Faculté de médecine; le médecin général inspecteur Rouvillois, président de l'Académie de chirurgie; le Pr Cunéo, de l'Académie de médecine; le Pr Leclainche, de l'Académie des sciences; le Dr Calmeils, conseiller municipal du quartier; M. de Fontenay, conseiller municipal; M. Mourier, directeur général de l'Assistance publique, prirent tour à tour la parole.

Dans sa réponse le Pr Gosset remercia tous ceux qui furent ses amis et ses élèves.

Fédération de la presse médicale latine

A la suite du IVe Congrès tenu à Venise en septembre, sous la présidence du sénateur Pr. Davide Giordano, la Fédération vient de renouveler son bureau :

Le Pr Giordano (Venise) et le Pr Austregesilo (de Rio-de-Janeiro) sont appelés à faire partie du Comité d'honneur.

Ont été élus : Président, M. le Pr Reynaldo dos Santos (Lisbonne); vice-présidents, MM. les Prs Nicolà Pende (Rome), Danielopolu (Bucarest), N. Fiessinger (Paris), llorno Alcorta (Sarragosse), secrétaire général : M. L.-M. Pierra (Paris); trésorier, M. Henri Tecon (Lausanne); secrétaires généraux adjoints, MM. Beckers (Bruxelles), de Sanctis Monaldi (Rome), Juan Noguera (Madrid).

Le Ve Congrès aura lieu à Lisbonne pendant les vacances de Pâques 1938, sous la présidence d'honneur du Pr Ricardo Jorge et sous la présidence effective du Pr Reynaldo dos Santos.

Société de pathologie comparée

La séance solennelle annuelle aura lieu le mardi 8 décembre prochain, à 16 heures 30, à l'Hôtel des Sociétés Savantes, 8, rue Danton, sous la présidence de MM. les ministres de l'Education nationale, de la Santé publique, et de l'Agriculture, et de M. le Pr Loeper, de la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine. Elle sera suivie d'un banquet.

L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris contre la limite d'âge pour les médecins

Le bureau de l'Association corporative des étudiant en médecine communique :

L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris a, la première, en juillet dernier, lancé l'anathème contre le principe de la limitation du droit d'exercer la médecine, énoncé dans la proposition de loi Pomaret. M. Mordagne, délégué permanent, avait demandé aux syndicats médicaux que



DERNIÈRES NOUVELLES (Suite)

l'Union des professions libérales soit réalisée pour faire échec aux articles nuisibles de cette proposition de loi. Le Dr Herpin, président de la Fédération des syndicats médicaux de la Seine, chargé de cette œuvre l'a parfaitement réussie.

Le Dr Cibrie, secrétaire général de la Confédération des syndicats médicaux français, a fait voter un ordre du jour s'opposant à l'institution de la limite d'âge pour l'exercice de la médecine. La Confédération des travailleurs intellectuels vient de prendre récemment une position analogue en précisant que les carrières libérales exigent une maturité d'esprit et une expérience que l'âge seul peut donner.

Ces jours-ci, les avocats du barreau parisien viennent d'adopter la même attitude virile, affirmant que l'intérêt des justiciables n'est pas que les avocats expérimentés disparaissent des prétoires.

M. Mordagne se félicite de ces résultats et informe l'opinion publique, que certains ont l'intention de demander aux grandes firmes pharmaceutiques de participer à la constitution des retraites envisagées pour les médecins. Ceci tendrait à grever lourdement le budget des dites firmes et mettrait les médecins en tutelle de celles-ci en portant atteinte à la liberté des prescriptions médicales.

L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris au nom du principe de liberté demande avec insistance l'abandon de la proposition de loi sur la retraite et la limite d'âge pour l'exercice des professions libérales.

Association française des femmes médecins

(reconnue d'utilité publique)

La prochaine réunion se tiendra le mercredi 16 décembre, à 17 heures, 4, rue de Chevreuse, Paris (6e). Pour tous renseignements s'adresser à la secrétaire générale, Mlle Serin, 11, boulevard de Port-Royal, Paris (13e).

Conférence des Voix latines

Le colonel médecin Voncken, de Liége, membre d'honneur de l'U. M. F. I. A., directeur de l'Office international de médecine militaire et le Pr A. de la Pradelle, de la Faculté de droit de Paris, directeur de l'Institut des Hautes Etudes internationales, feront, le vendredi 18 décembre prochain, à 21 heures précises, à l'Institut Océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris, sous la présidence du médecin général inspecteur Sicur, membre de l'Academie de médecine, une conférence sur : L'humanité dans la guerre.

On peut trouver des cartes d'invitation chez M. Dartigues, président de l'Union médicale latine, 81, rue de la Pompe, Paris (16e).

Parti social de la santé publique

Des sections du Parti social de la Santé publique sont en formation dans tous les départements.

Prière d'adresser les demandes de renseignements au secrétaire général, 2, rue Chauchat, Paris (9e).

Réunions de morphologie médico-chirurgicale

La prochaine réunion de morphologie médico-chirurgicale aura lieu le mercredi 16 décembre 1936 à 21 heures, à la bibliothèque de la Maison de santé Velpeau, 7, rue de la Chaise à Paris.

Les réunions de morphologie médico-chirurgicale groupent tout ce qui concerne l'orthopédie, l'endocrinologie, la physiothérapie, la psychanalyse, la dermatologie appliquée au physique, la chirurgie réparatrice et plastique, la stomatologie, en somme tous les travaux de morphologie générale et spéciale dont la synthèse amène naturellement à la prévention des difformités, c'est-à-dire à la médecine sportive et à l'hygiène.

Les séances sont mensuelles et permettent aux divers spécialistes de se rencontrer dans le cadre de l'amitié.

La durée des communications ne doit pas excéder plus de 15 minutes. Il est accordé 3 minutes aux participants des discussions. Chaque communication doit être accompagnée d'un résumé de six lignes au maximum en triple exemplaires.

Le Gérant : J.-B. BAILLIÈRE

Imp. N. Trécult, 8, rue Danton. Paris

DERNIÈRES NOUVELLES

Nécrologie

M. Edouard Goursat, membre de l'Institut, commandeur de la Légion d'honneur, père et beau-père de Madame et de M. le Dr Georges Pasquet. — Madame Despons, mère de M. le Dr Despons, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux. — Madame Dubarry, mère de M. le Dr Dubarry (de Casteljaloux) et grand-mère de M. le Dr Jacques Dubarry et de M. L. Dubarry, externe des hôpitaux de Bordeaux. — Le Dr André Saint-Hilaire, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de 66 ans (à La Souterraine, Creuse). — M. le Dr Brechot, chevalier de la Légion d'honneur, et M. le Dr A. Brechot, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, officier de la Légion d'honneur, font part du décès de Madame Brechot.

Mariages

M le Dr Aris-Peyrelon et Mlle Solange Manonvillier. — M. le Dr Fernand Bouchon, chirurgien dentiste, et Mlle Janet Comert.

Naissances

M. le Dr Pierre Raynaud et Madame, née Augé, font part de la naissance de leur fils Jean-Pierre-Emile (à Poussan, Hérault). — M. le Dr et Madame Barthe font part de la naissance de leur fille Monique (La Guépie, Tarn-et-Garonne). — M. le Dr Ybanez, chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine de Montpellier et Madame Ybanez font part de la naissance de leur fille Lydie-Eliane. - Le médecin-lieutenant et Madame Pierre Roussel font part de la naissance de leur fils Jean. — M. le Dr M.-A. Dolfus et Madame, née Odier, font par de la naissance de leur fils Nicolas.

Hôpitaux de Paris

Mutations des médecins des hôpitaux (1er janvier 1937). — *A l'hôpital Trousseau.* — (Remplacement de M. le Dr Lesné, limite d'âge), M. le Dr Paisseau, de Trousseau ; M. le Dr Cathala (en remplacement de M. le Dr Paisseau) de l'hôpital Lariboisière; à l'hôpital Lariboisière, M. le Dr Nicaud, de la Maison municipale de santé; à la Maison municipale de santé, M. le Dr Mouquin, de l'Institution Sainte-Périne; à l'Institution Sainte-Périne, M. le Dr Levesque, titularisé.

A l'hôpital Bretonneau. — (Remplacement de M. le Dr Guillemot, limite d'âge), M. le Dr Milhit, de l'hôpital Hérold; à l'hôpital Hérold, M. le Dr Huber, de l'hôpital Ambroise-Paré; à l'hôpital Ambroise-Paré, M. le Dr Janet, de l'hôpital Broussais; à l'hôpital Broussais, M. le Dr Jacquelin, de l'hôpital Beaujon-Paris (service fermé).

A l'hôpital Laënnec. — (Remplacement de M. le Dr Rist, limite d'âge), M. le Dr Troisier, de l'hôpital Beaujon-Clichy ; à Beaujon-Clichy, M. le Dr Tinel, de la Maison de retraite de La Rochefoucauld (service fermé).

A l'hôpital Saint-Antoine. — (Remplacement de M. le Dr Félix Ramond, limite d'âge), M. le Dr Cain, de l'hôpital Saint-Antoine (mutation intérieure); à l'hôpital Saint-Antoine, M. le Dr Boulin, de l'hospice d'Ivry; à l'hospice d'Ivry, M. le Dr Carrié, de l'hôpital Broca (service fermé).

A l'hôpital Saint-Louis. — (Remplacement de M. le Dr Millian, limite d'âge), M. le Dr Tzanck, de l'hôpital Broca (service fermé).

A l'hospice Raymond Poincaré à Garches (services créés) : MM. les Drs Weismann et Kourilsky, médecins des hôpitaux.

A l'hospice de Bicêtre (service créé) : M. le Dr Paraf, titularisé.

Concours de l'internat en médecine. — Liste alphabétique des candidats admissibles :

MM. Albahary, Alison, Mlle Ancel, MM. André, Arnavielhe, Mlle Aubin, MM. Aubouy (Marcel), Audoly, Audry, Auregan, Aurenche, Azoulay.

Bachet, Ballade, Bancaud, Barbier (Jacques-Pierre), Barbier (Pierre-Louis), Bareau, Barré (Yves-Louis), Bastin, Bauer, Beaufils, Belletoille, Ben-Haim, Mlle Bentkowski, MM. Bernard (Pierre), Bertrand (Jean), Bessil, Bibas, Blancard (Pierre), Blinder, Bolivar, Bolo, Bonduelle, Bouche, Boudon, Bourdeau, Bourdin, Bourgine, Brault, Bretton (Roger), Bricaire, Mlle Brille MM. Butet, Butzbach (Jean-Camille), Buy.

Cahen, Callerot, Champagne, Carasso, Castaigne, Castany, Caufment, Chalochet, Champagne (Pierre), Chartrain, Di Chiara, Claracq, Boblentz, Comte (Joseph), Cornet, Mlle Corre, MM. Cossart, Costa, Cotillon, Courchet, Coville, Cuvereaux.

Mlle Damiens, MM. Danel, Danion, Mme Darhowski, MM. Darricau, Deguillaume, Delabroise, Delatour, Delouche, Demassieux, Denizet, Deprez, Desfosses, Deuil, Douville, Mlle Dreulle, MM. Dufourmentel, Dugrenot, Durupt.

Ebstein, El-Baz, Eman-Zadeh, Enel, Etienne, Eudel, Mlle Eyraud.

Mlle Feder, MM. Feld, Feldmann, Fenelon, Feuillette, Filippi, Fischgrund, François, Frebet, Freret, Fressinaud-Masdefeix, Froidefond, Froissant.

Gallaut, Gallimard, Galmiche, Germain, Gertzberg, Gimaut, Mlle Giret, MM. Gougerot, Goulesque, Goury-Laffont, Granjon, Grislain, Guiot (Gérard).

Hardel, Hauser, Hertzog, Huber.

Israël.

Jardel, Joinville, Joussemet.

Kaeppelin, Klein, Klotz.

Labayle, Lacombe, Lacroix, Lajouanine, Lambert, Landau, Laneuville, Lange (Eugène), Langevin, Mlle de Larminat, MM. Lartigue, Laumonnier, Lebel, Lebovici, Le Bozec, Le Brigand, Lecœur, Lecointe, Lemanissier, Lenoel, Lesca, L'Hirondel, Lienard, De Lignières, Mlle Lindeux, MM. Loeper, Loiseau (James-Samuel), Mlle Lotte, MM. Loubrieu.

Magder, Mlle Mage (Edith), MM. Maignan, Maillard (Claude), Mantoux, Marchon, Mariani, Mme Matei (Marie), MM. Maurice, Menanteau, Mendelsohn, Metzger, Meyer (Henri), Minkowski, Molimard, Mlle Montalant, MM. Motte, Mouchot, Moulle, Musset (René).

Nadiras, Neel, Mlle de Neyman, MM. Nick.

Oudot.

Pahmer, Mlle du Pasquier, MM. Pastier (Jean), de Paulo, Petit (Camille), Pheline, Philippe (Mathieu), Piguet, Mlle Pinard, MM. Pinet, Placa, Pointeau, Poissonnet, Poussier, Mlle Pretre, MM. Prin, Prochiantz.

Mlle Raymond (Maria), MM. Raymondaud, Raynaud, Renault, Revel, Mlle Rist, MM. Robert (Jean), de Rocca Serra, Rochlin, Rognon, Rometti, Ronsin, Rouault, Rougon, Roulland, Rousset, Rouzaud, Roy (Bernard).

Mlle Sachnine, MM. Salet, Scebat, Schneider. Sclafer, Sénéchal (André-Jean), Sénéchal (Robert), Scrane, Serreau, Sevileano (Eugène), Sevileano (Nicolas), Seyer, Simon (René), Soulier, Mlle Stahland, MM. Stallander, Stefani.

Tetreau, Thaon, Thieblot, Thorel, Thoyer-Rozat, Tiret, Torre, Toufesco, Tremolières, Tricot, Tulou.

Vakili, Vernemouze, Vernes, Verriez, Verstraete, Veyrieres, Villanova, Vivien.

Weill, Wetterwald, Weyl, Wintrebert, Mlle Wolfromm (Hélène), M. Wolfromm (René).

Concours de stomatologiste des hôpitaux. — MM. Marie et Cauhépé sont proposés pour la nomination aux 2 places de stomatologistes des hôpitaux.

Concours de l'externat en médecine. — Questions posées : *Anatomie.* — 1. Trou ovale (constitution et contenu). — 2. Description du ligament latéral externe de l'articulation tibio-tarsienne. — 3. Insertion et innervation du muscle petit-pectoral. — 4. Rapports de l'artère fémorale, à son origine, sous l'arcade crurale. — 5. Enumérer sans les décrire les muscles du pouce et indiquer leur innervation.

Pathologie médicale. — 1. Description du frottement péricardique. — 2. Renseignements fournis par le laboratoire pour le diagnostic de la fièvre typhoïde à ses différentes périodes (sans la description des techniques. — 3. Caractères du foie dans l'asystolie. — 4. Examen de la cavité bucco-pharyngée dans la scarlatine non compliquée.— 5. Manière de rechercher la raideur méningée. — 6. Examen physique du corps thyroïde dans la maladie de Basedow.

Pathologie chirurgicale. — 1. Signes physiques de la luxation antéro-interne récente de l'épaule (variété sous-coracoïdienne) sans la radiographie. — 2. Diagnostic différentiel entre l'hydrocèle vaginale et la hernie inguino-scrotale. — 3. Signes physiques de l'abcès du sein au cours de l'allaitement. — 4. Enumérer les principales causes d'hématurie d'origine rénale.

Facultés de médecine

Chefs de travaux. — Liste d'aptitude aux fonctions de chef de travaux dans les Facultés de médecine et Facultés mixte de médecine et de pharmacie (article 13 du décret du 7 mars 1936).

1° *Histologie.*— M. Klein, assistant à Strasbourg.

2° *Hygiène et bactériologie.* — M. Boyer, chef de travaux, délégué à Marseille; M. Couture, assistant à Lyon.

3° *Physiologie.* — M. Petiteau, assistant à Bordeaux; M. Bizard, assistant à Lille.

4° *Physique.* — M. Kofmann, assistant à Lyon; M. Sagols, assistant à Montpellier.

5° *Chimie.* — M. Dumazert, chef de travaux délégué à Marseille; M. Guillemet, assistant à Strasbourg; M. Valdiguié, assistant à Toulouse.

6° *Pharmacologie.* — M. Delphaut, chef de travaux délégué à Marseille.

7° *Histoire naturelle.* — M[lle] Mathon, assistante à Toulouse.

8° *Pharmacie.* — M. Guillot, chef de travaux délégué à Marseille.

Faculté de médecine de Nancy

Sont chargés, pour l'année universitaire 1936-1937, des fonctions ci-après à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy :

Médecins assistants : Oto-rhino-laryngologie : M. Aubriot; ophthalmologie : M. Baudot; chirurgie infantile : M. Genet.

Chefs de clinique. — Tuberculeux (hommes) : M. Franck; tuberculeux (femmes) : M[lle] Binet; contagieux : M. Helluy; vieillards : M. Lepoire.

Chefs de laboratoire. — Dermatologie : M. Créhange; laboratoire des cliniques : M. Harmant.

Préparateur d'accouchement : M. Louyot.

Médecins de Saint-Lazare

Un concours a en lieu le 20 novembre à la Préfecture de police. Le jury était composé de : MM. Revillot, président; Lafenestre, Bourgeois, Bizard, Flandin, Gougerot, Lévy-Bing, Simon.

Admissibilité — *Epreuves sur titres* : MM. Durel, 19; Golé, 17 1/2; Lortat-Jacob, 18; Peney, 14; Ragu, 19.

Epreuve écrite (Question posée : chancre mixte) : MM. Durel, 18; Golé, 25; Lortat-Jacob, 25; Ragu, 25.

Admission. — *1re consultation* : MM. Durel, 19; Golé, 18; Lortat-Jacob, 19; Ragu, 18.

2e consultation : MM. Durel, 19; Golé, 18 1/2; Lortat-Jacob, 17; Ragu, 18.

Epreuve orale (Question posée : Mal perforant plantaire) : MM. Durel, 18; Golé, 18; Lortat-Jacob, 18 1/2; Ragu, 19.

Ont été nommés : M. Durel (103 points) et M. Ragu (99 points).

Hôpitaux de Bordeaux

Concours de l'internat — L'identification des copies s'est terminée le samedi 5 décembre par le classement suivant :

MM Tingaud, 17 + 17 1/2 + 19 1/2 = 54; Duhart, 18 1/2 + 16 + 18 1/2 = 53; Collomb, 14 1/2 + 16 + 18 1/2 = 48 1/2; Moretti, 14 1/2 + 17 + 16 1/2 = 48; Faure, 12 + 15 1/2 + 18 = 45 1/2; Reboul, 15 1/2 + 15 1/2 + 12 1/2 = 43 1/2; Chastrusse, 13 + 15 + 15 = 43; Durieux, 16 + 11 + 15 = 42; Oraison, 12 + 18 + 11 = 41; Fagart, 12 + 15 + 14 = 41; M[lle] Rougier, 12 + 14 + 15 = 41.

Ces candidats sont proposés comme internes titulaires.

Sont classés ensuite : MM. Lafitte, 14 1/2 + 10 = 24 1/2; Morichaud-Beauchamp, 14 1/2; Coutou, 14; Pouyanne, 14; Jean Blouin, 12 1/2; Chassagnette, 11.

Concours de l'externat en 1936. — *Classement définitif.* — 1. MM. L'Epée, 35; 2. J. Brousse, 30 1/2; 3. Philibert, 30; 4. Mouliès, 30; 5. Lafon, 30; 6. Lamou, 28 1/2; 7. Meignié, 28; 8. Pelletier, 27 1/2; 9. Diard, 27 1/2; 10. Meynard, 27; 11. Gaussen, 27; 12. Brunet, 26 1/2 13. Faugère, 26 1/2; 14. M[lle] Gosset, 26; MM. Poitevin, 26, 16. Souquière, 26; Vincendeau, 26; 18 Castel, 26; 19. Dupuy, 25; Pujo, 25; 21. Larriban, 25; 22. Both, 25; 23, Perrier, 25; 24. Perret, 24 1/2; 25. Deletraz, 24 1/2; 26. Denis, 24; Lebreuil, 24; M[lle] de Saint-Aubin, 24; 29. MM. Cazamian, 24; 30. Le Coroller, 23 1/2; 31. Gérard, 23 1/2; 32. Connaud, 23; 33. Ardisson, 23; 35. Augier, 23; Choumara, 23; Borgeix, 23; Dherys, 23; Gaurand, 23; Rochet, 23; 41. Bridoux, 22 1/2; 42. Bederède, 22 1/2; 43. Albientz, 22 1/2; Pujol, 22 1/2; 45. Braichotte, 22; Le Bras, 22; Monet, 22; Rouergue, 22; Rual, 22; 50. Hamart, 22; Lagardère, 22; Pasco, 22; Téreygeol, 22; 54. Senmartin, 22; 55. Demarque, 21 1/2; 56. Buscail, 21 1/2; 57. Role, 21 1/2; 58. Le Poncin, 21; Planet, 21; Salzard, 21; Jacques, 21; 62. Lacoste, 21, Tessier, 21; 64. Coutran, 20; Meulet, 20; Orthlieb, 20; Perruchio, 20.

Les soixante premiers candidats seront proposés à la Commission des hospices pour être nommés externes.

Hôpitaux de Montpellier

Concours de l'externat. — Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination :

1° *Comme externes titulaires* : MM. Alexis Bethoux, Georges Durand, Pierre Chalmeton, Robert Delord, Pierre Cazal, André Descure, Guy Michel, Emile Courbette, Jean Coste, François Joal, Pierre Naboudet, M[lle] Simone Cavailles, MM. Raymond Carbasse, Jean Patounas, M[lles] Madeleine Hedin, Lucile Thibon, Thérèse Payan, Monique Girard.

2° *Comme externes provisoires*: MM. Georges Sauret, Marcel Cassanas, M[lle] Juliette Rabejac, MM. André Rolland, Georges Chaptal, Jean Etienne, Claude Baillet, Pierre Amiel, M[lle] Geneviève Vinon.

*

Le concours d'internat des sanatoriums de Montpellier s'est terminé par les nominations suivantes:

Internes titulaires : MM. Jean Bigonnet et Victor Fol.

Externes en premier : MM. Franc Viala et Georges Porché.

Concours de l'internat des asiles. — Ce concours pour 1936 s'est terminé le 4 décembre. *Jury* : MM. Chazot, administrateur des hospices, président: Euzière, doyen de la Faculté de médecine; Riche, Giraud, professeurs à la Faculté; MM. Hugues et Pagès, médecins des Asiles.

Sujet des épreuves : 1° Composition écrite de pathologie médicale (3 heures) : Diagnostic des atrophies musculaires. — 2° Composition écrite de pathologie chirurgicale (3 heures) : luxation antérieure sous-coracoïdienne de l'épaule.— 3° Epreuve orale d'anatomie et de physiologie : la veine porte. — 4e Epreuve orale de pathologie médicale : les purpuras.— 5° Epreuve de pathologie chirurgicale: Hernie crurale. — 6° Epreuve orale de psychiatrie élémentaire : Confusion mentale.

Résultats du concours. — Le jury a proposé à la nomination de la Commission administrative des hospices : 1° Comme internes titulaires : MM. Jean Bigonnet et Pistre. — 2° Comme externe en premier : M. Georges Porché.

Hôpitaux de Reims

A la suite d'un récent concours, M. le Dr Pierre Hecquet a été nommé oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Reims.

Hôpital Franco-Musulman de Bobigny

L'inauguration du service des laboratoires de Recherches de l'hôpital Franco-Musulman situé à Bobigny a eu lieu le jeudi 17 décembre 1936, à 10 heures, en présence de Madame Suzanne Lacore, sous-secrétaire d'Etat au ministère de la Santé publique.

Légion d'honneur

Sont promus :

Au grade de commandeur : M. A. Béclère, ancien président de l'Académie de médecine de Paris; L. Moinson, médecin de l'hôpital britannique et de l'hôpital américain de Paris.

Au grade d'officier : M. Grollet, secrétaire général de la Société de pathologie comparée à Paris; Berthelon (Ste-Feyre, Creuse); R. Giroux (Paris); Gunsett (Strasbourg). MM. les Drs Ferry, Blanzy, Pierron, Giraud, Bouchard, Magnenet, Montels, Croswiller, Le Lyonnais, Codvelle, Volf, Girod, Gaillard, Richard, Toureng, Thirion, Martinet, Lerouge, Raynaud, Poirier, Romain, Arlo, Colin, Lacommère, Cornil.

Sont nommés :

Au grade de chevalier : M. Henri Codet (Paris); Colas-Pelletier (Vannes, Morbihan); Halberschtadt (Saint-Venant, Pas-de-Calais). MM. les Drs Roques, Lachaise, Courrier, Rone, Garric, Desfour, Guérin, Grinsard, Fournials.

Médailles d'honneur de l'Assistance publique

Médaille d'or. M. Guyonnet (Belabre, Indre).

Médaille de bronze. — M. Paul Cart (Paris).

Service de santé militaire

Mutations. — MM. les médecins-colonels Duval, nommé sous-directeur du S. S. de la 18e région, à Bordeaux; Courboulès, agrégé du Val-de-Grâce, nommés médecin chef de l'hôpital militaire Robert-Pacqué, à Villeneuve-d'Ornon.

M. le medecin lieutenant-colonel Guibert, médecin des hôpitaux militaires, affecté à l'hôpital militaire Legoust, à Metz.

M. le médecin général Gaillard, des troupes coloniales, est nommé membre assistant du Comité consultatif de défense des colonies.

Armée active. — Par décision ministérielle du 4 décembre 1936, M. le médecin commandant Sabrie, de la direction du Service de santé au ministère de la Guerre, est désigné comme commissaire militaire auprès de la Société de secours aux blessés militaires et pour s'occuper des questions intéressant à la fois les trois sociétés de la Croix-Rouge française, en remplacement de M. le médecin colonel Bergeret, appelé à d'autres fonctions.

Service de santé des troupes coloniales

Nomination. — M. le médecin général Gaillard, en congé de fin de campagne, est nommé membre assistant du Comité consultatif de défense des colonies (service).

Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales. — *Chaire de bactériologie, parasitologie et épidémiologie.* — M. le médecin commandant Advier (professeur agrégé).

Chaire d'hygiène militaire, d'hygiène tropicale, d'hygiène sociale, de prophylaxie et de police sanitaire — M. le médecin colonel Martin.

Chaire de pharmacie, chimie, toxicologie. — M. le pharmacien lieutenant-colonel Ferré (professeur agrégé).

Sont nommés à compter du 1er janvier 1937 :

A l'emploi de professeur agrégé de clinique médicale. — M. le médecin commandant Fournais (professeur agrégé).

A l'emploi de professeur agrégé de bactériologie.— M. le médecin commandant Rivoalen (professeur agrégé).

A l'emploi de professeur agrégé de médecine opératoire, d'appareillage, d'orthopédie et d'obstétrique. — M. le médecin capitaine Solter (professeur agrégé).

A l'emploi de professeur agrégé de pharmacie, chimie, toxicologie. — M. le pharmacien commandant Bonnet (professeur agrégé).

A l'emploi de professeur agrégé de clinique thérapeutique et spécialités chirurgicales. — M. le médecin capitaine Dejou (chirurgien des hôpitaux (fera fonction d'agrégé).

A l'emploi de professeur agrégé d'oto-rhino-laryngologie et ophtalmologie. — M. le médecin colonel Gautron (fera fonction d'agrégé).

A l'emploi de professeur agrégé de neuropsychiatrie et médecine légale. — M. le médecin capitaine Aubin.

A l'emploi de chef de service d'électro-radiologie et physiothérapie. — M. le médecin commandant Duga.

A l'emploi de chef de service de stomatologie. — M. le médecin commandant Bajolet.

Ces officiers du corps de santé des troupes coloniales seront affectés à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales de Marseille, à compter du 1er janvier 1937, et devront se présenter le 4 janvier 1937, au médecin général directeur de l'Ecole d'application.

Asiles publics d'aliénés

Avis de vacances. — Un poste de médecin directeur est vacant à l'asile public d'aliénés de Quimper (Finistère), par suite du départ de M. le Dr Lagriffe, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Le poste de médecin-directeur de l'asile public d'aliénés de Saint-Venant (Pas-de-Calais) est vacant par suite du départ de M. le Dr Halberstadt, admis à faire valoir ses droits à la retraita.

Le poste de médecin-directeur de l'asile départemental d'aliénés de la Chartreuse (Côte-d'Or) est vacant par suite du départ de M. le Dr Castin, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Le poste de médecin-directeur de l'asile public d'aliénés d'Auch (Gers), est vacant par suite du départ de M. le Dr Robert, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Un poste de médecin chef de service à l'asile public de Clermont (Oise) est vacant par suite du départ de M. le Dr Guiard, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Prix de la Société des chirurgiens de Paris

La Société des chirurgiens de Paris rappelle qu'elle décerne chaque année trois prix de mille francs chacun :

1° Prix de chirurgie générale (prix Dartigues).

2° Prix de chirurgie gastro-intestinale (prix Victor Pauchet).

3° Prix de chirurgie gynécologique (prix Paul Delbet).

Les travaux, originaux et inédits, doivent être adressés au secrétaire général de la Société, Dr Charles Buizard, 3, rue de La Trémoille (8e), avant le 31 décembre, au moins en deux exemplaires et de préférence dactylographiés.

Société de radiologie médicale de France

La Société de radiologie médicale de France au cours de son assemblée générale a procédé à l'élection des membres de son Bureau pour 1937 : Président : M. Mahar ; vice-président : M. Bordet; vice-président pour les Sociétés de province : M. Spéder; secrétaire général : M. Dariaux ; trésorier : M. Nadal; secrétaires des séances : MM. Morel-Kahn et Degrez.

L'aide aux cardiaques

Le mercredi 2 décembre, dans l'amphithéâtre des cours de l'hôpital de la Pitié, a eu lieu sous la présidence du Pr Roussy, doyen de la Faculté de médecine, l'assemblée annuelle de « l'Aide aux cardiaques » (fondation Dyke-Vaquez).

En des paroles émues, le Pr Roussy a évoqué la mémoire du Pr Vaquez, président fondateur, et souligné l'importance sociale de l'Œuvre.

Service de santé militaire italienne

Le général médecin professeur Mazetti a été nommé récemment directeur général de la santé militaire, en remplacement du général médecin Franchi.

Le nouveau chef du corps de santé italien est très connu pour ses travaux de bactériologie et d'hygiène.

Sanatoriums privés

Le concours annoncé ultérieurement pour 2 places de médecin dans les sanatoriums de Villiers-sur-Marne (Aisne) et d'Arnières (Eure) de la Renaissance Sanitaire, aura lieu le jeudi matin, 7 janvier, à 9 heures, à l'hôpital Laënnec (service de la clinique de la tuberculose de M. le Pr Bezançon).

Il comprendra une épreuve clinique avec examen de deux malades comportant pour chaque malade un quart d'heure de réflexion et un quart d'heure d'exposition (résultats de l'examen clinique, radiographique, diagnostic, indications prophylactipues ee thérapeutiques.

Muséum d'histoire naturelle

M. le Pr Marcelin Boule est nommé professeur honoraire.



DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

La Maison du médecin

La Maison du médecin a tenu le dimanche 6 décembre 1936, son assemblée générale dans le grand amphithéâtre de la Faculté sous la présidence du Dr Bernard Cunéo, professeur de clinique chirurgicale, président de l'Œuvre.

Le Pr Cunéo et le Dr Raphaël Massart, l'actif secrétaire général, prirent tour à tour la parole.

Le trésorier, le Dr Dartigues, expose le bilan et avant de se séparer, l'Assemblée à propos d'une question posée par le Dr Lobligeois, Conseiller municipal de Paris, prit à l'unanimité, la décision de conserver à la Maison du médecin son caractère confraternel et de n'y recevoir ni les veuves dont les maris n'étaient pas pensionnaires de Valonton, ni leurs enfants.

Fédération des Syndicats médicaux de la Seine

Communiqué : Périodiquement, les médecins sont sollicités de fournir avec ou sans photographie, leur biographie scientifique avec une souscription en principe réservé à la fourniture de la publication.

Les prétextes divers sont invoqués pour légitimer ces pratiques. La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine croit devoir rappeler que, constituant une réclame plus ou moins déguisée, elles sont contraires au règlement de Déontologie et que cette forme de publicité a été justement condamnée par les groupements médicaux.

Association des étudiants en médecine de Paris

L'Association des étudiants en médecine, continuatrice de la Section médicale de l'A. G., a inauguré mardi, en présence d'une nombreuse assistance ses nouveaux locaux, 6, rue Antoine Dubois.

Des discours furent prononcés par M. Mallet, président, par M. le recteur Charléty, et par M. le doyen Roussy. Les allocutions du recteur et du doyen furent pleines d'encouragements amicaux pour l'Association.

Croisière helléno-latine

Le XXIVe centenaire d'Hippocrate à Cos, Athènes, Epidaure. — L'Umfia ou Union médicale latine qui, tout en soutenant la cause de la civilisation latine, n'a jamais oublié d'exalter l'Hellénisme dont cette civilisation et toute celle du bassin méditerranéen sont issues, se devait de fêter le génie grec sur le plan de la médecine auquel il a tant contribué.

L'Union médicale latine ira donc l'été prochain fêter au pays de sa naissance, à Cos, puis à Athènes et à Epidaure, Hippocrate le plus grand médecin de Antiquité.

Cette croisière aura lieu sous les auspices de l'Umfia ou Union médicale latine et d'un grand nombre de personnalités de la Grèce et de la Latinité.

On se souvient des beaux articles du Dr Dartigues en faveur de l'Hellénisme qui eurent un grand retentissement en Grèce, et tout dernièrement de la superbe conférence du Pr Laignel-Lavastine, donnée aux Voix Latines : Dans le sillage d'Hippocrate. L'Umfia espère que le corps médical répondra largement à l'appel de cette belle manifestation.

Le programme sera publié avant peu. Pour tous renseignements s'adresser au Dr Dartigues, Bureau de l'Umfia ou Union médicale latine, 81, rue de la Pompe, Paris (16e).

Le Gérant : J.-B. BAILLIÈRE

Imp. N. Trécult, 8, rue Danton. Paris

DERNIÈRES NOUVELLES

Nécrologie

Le Dr Amédée Maurat (de Chantilly). — M. le Dr Rozoy (de Charleville) fait part de la mort de son fils âgé de 25 ans, ancien élève de l'Ecole normale supérieure et agrégé d'Université. — Madame Irène O'Followell, femme de M. le Dr O'Followell. — Le Dr Ducher (de Thoissey). — Le Dr Louis de Ribier, membre de l'Académie de Clermont-Ferrand, décédé à l'âge de 61 ans. — Le Dr Jean Pujo (de Berson). — Le Dr Léon Bastien (de Blénod-les-Toul). — Le Dr Albert Beaumont (de Beaufort-du-Jura). — Le Dr Louis Deney (de Bordeaux). — Le Dr Gaston Drouet (de Montpellier). — Le Dr Joseph Gautier (d'Eyragues). — Sir Alfred Percy Blenkinsop, major général, décédé à Londres à l'âge de 71 ans. — Le Pr Edgar Hartley Kettle, membre de la Société royale de Londres et professeur de pathologie à Hammersmith. — Le Pr Edwin Jordan (de Lewiston, Etats-Unis). — Le Pr John Winters Brannan (de New-York). — Le Dr Capsec (de Gradignan), ancien interne des hôpitaux de Bordeaux, mort tragiquement. — Le Dr Prosper Dascotte (de Mons). — Madame Prosper Piet, mère de M. le Dr Jacques Piet (de Thiant). — M. le Dr de Barrau de Muratel fait part de la mort de Madame A. de Barrau de Muratel. — M. le Dr Albert Batier fait part de la mort de M. Aimé-Julien Batier. — M. le médecin commandant et Madame Camentron font part de la mort de Madame veuve Félix Larrouy. — Le Dr Henri Dausset, chef de service à la Policlinique Gilbert, de l'Hôtel-Dieu, secrétaire général adjoint de l'Umfia, chevalier de la Légion d'honneur. — Le Dr Gommès (de Paris).

Mariages

Mlle Pierrette Faugère, fille de M. le Dr Raymond Faugère, chevalier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, et de Madame Raymond Faugère, et le baron Louis de Tournemire. — M le Dr Th. Laennec, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, et Mlle Simone Legrand. — Mlle Elisabeth d'Humières et M. le Pr Giangrasso-Pieri, professeur à la Faculté de médecine de Rome. — M. le Dr Pierre Guillot et Mlle Marthe Casse, fille de M. le Dr E. Casse (d'Aix-en-Provence). — M. Michel Debré, auditeur au Conseil d'Etat, fils de M. le Pr Robert Debré, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, et Mlle Anne-Marie Lemaresquier. — Mlle Jeanne Houy, fille de M. le Dr Houy, et M. le Dr Emile Monin, ancien interne de l'hôpital Rothschild. — Mlle Madeleine Bleynie, fille de M. le Dr Bleynie, et M. René Hannoyer. — M. le Dr Maurice Robin, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien des hospices de Limoges, et Mlle Odette Mars.

Fiançailles

M. le Dr A. Jouve et Mlle Marcelle Bricard.

Naissances

M. le Dr et Madame André Wigniolle font part de la naissance de leur fils Bruno. — M. le Dr et Madame Christian Périn font part de la naissance de leur fils Francis.

Hôpitaux de Paris

Concours de l'internat. — *Oral.* — Jury : MM. les

Drs Fiessinger, Peron, Milhit, Haguenau, J. Berger, Redon, Boppe, Jeannin, qui ont accepté; Courcoux, Kiiss, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

La 1re séance est fixée au lundi 11 janvier 1937 à 16 heures 30 à la salle des concours, 49, rue des Saints-Pères.

Prix Civiale. — Un concours est ouvert en 1937, entre les internes en médecine et externes en premier pour l'attribution du prix fondé par feu le Dr Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce prix aura une valeur de 1.000 francs.

Ce travail devra être déposé à l'Administration centrale (Bureau du Service de santé) le 15 janvier 1937, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

Prix Fillioux. — Le concours sera ouvert le lundi 8 mars 1937.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale (Service de santé), tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, du 5 au 15 janvier 1937, inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le vendredi 15 janvier, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

Conférences du dimanche. — L'Association d'Enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1936-1937, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés(à 10 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Ces conférences sont publiques et gratuites.

Programme pour le deuxième trimestre 1936-1937 :

10 janvier. — M. Chabrol : Le sel biliaire en thérapeutique.

17 janvier. — M. de Sèze : Diagnostic et traitement des sciatiques rhumatismales.

24 janvier. — M. Ameuille : Limites de l'exploration radiologique du poumon (projections).

31 janvier. — M. Julien Marie : Considérations sur le syndrome cholériforme du nourrisson et son traitement.

7 février. — M. Babonneix : Conception actuelle de la chorée de Sydenham (projections).

14 février. — M. Chevalley : Primo-infection tuberculeuse à Brévannes.

21 février. = M. Sureau : Diagnostic biologique de la grossesse.

28 février. — M. Sainton : Les psychoses des thyroïdiens.

7 mars. — M. Benda : Sur l'à-propos de quelques recherches récentes en radiologie pulmonaire (projections).

Association des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris

Nous rappelons que les médecins désirant se faire remplacer par un interne des hôpitaux de Paris (médecine, chirurgie, et toutes spécialités) doivent adresser leur demande au secrétariat de l'Association, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris (6e). Tél. : Danton 09-60.

Académie de médecine

Elections. — M. Malvoz (de Liége) et Sir St Clair Thomson (de Londres), sont élus associés étrangers.

M. le Pr Martel, vice-président, a été nommé président en remplacement de M. le Pr Hartmann.

M. le Pr Bezançon a été élu vice-président et sera président en 1938.

Faculté de médecine de Bordeaux

La chaire de clinique dentaire (budget de l'Université) de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux est transformée en chaire de clinique odonto-stomatologique (titulaire: M. Dubecq).

Faculté de médecine de Montpellier

Le concours pour une place de chef de laboratoire de chimie biologique (hôpital général) s'est terminé le 26 novembre 1936.

Résultat du concours : Le jury propose à la nomination de M. le Recteur : Mlle Anne-Marie Nicolas.

Hôpitaux de Lille

Concours de l'internat. — (Faculté de médecine de l'Université de l'Etat). — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Legrand, Linguette, Omez, Lecomte, Lainé, Dhalluin, Chayvialle.

Externes en premier : MM. Roussel, Dupret, Merlen, Salembier, Watel, Hulot, Deleruc.

Le jury était composé de MM. les Prs Lambret, président; Pierret et Combemale; de MM. les Prs agrégés Piquet et Charles Gernez.

Hôpitaux de Marseille

Concours de l'internat. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM, Eugène Hawthorn, Jérô-

me Guérin, Robert Jullien, Jean Pierron, Roger Lassave, Amédée Bernard, Octave Fiastre, Henri Barthélemy, André Jean, André Fournier, Pierre Revol, André Crapez.

Externes en premier : MM. Maurice Sansot, Louis de Saboulin, Henri Bonneau, Nguyen van Thuan, André Sarradon, Mlle Cécile Dinard.

Concours de l'externat. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nomination suivantes :

MM. René Muracciole, Paul Maestraggi, Félix Frézet, Mlle Claire Seillon, M. Albert Julien, Mlle Renée Weill, M. Paul Dieulangard, Mlle Frida Coen, MM. Gunter Hirschberg, François Dombre, Michel Mercier, Gaston Lenoir, René Corriol, Mlle Ella Gartner, M. Henri Prost, Mlle Renée Carpentier, MM. Antoine Campana, Louis Puy, Gaston Baudelet, Henri Benéfice, Ivan Keundjian, Henri Pendariès, Joseph Ranque, Jean Poli, Pierre Michel, Jean Bondil, Jean Guiral, Aimé Portier, Jean-Marie Guiol, Lucien Lapeyre, Jean Bezet, Elie Abignoli, Mlle Josette Daste, MM. François Emmanueli, Ivan Masselot, Albert Geyer, Pierre Rochu, Paul Magnan, Jacques Saltiel, Léo Latil, Ferdinand Costantini, Maurice Righini, Robert Meyer, Grégor Bronstein, Maurice Léger, François Stéfanaggi, Marcel Quilichini, Pierre Chiaverini, Mlle Alice Cohen-Salmon.

Hôpital civil d'Oran

Un concours sur épreuves pour le recrutement d'un chirurgien adjoint à l'hôpital civil d'Oran sera ouvert à Alger le 1er mars 1937.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'hôpital civil d'Oran (direction), à la Préfecture d'Oran (assistance) et au Gouvernement général de l'Algérie (direction de la santé publique).

Hôpital de Constantine

Un concours sur épreuves est ouvert à Alger le 8 mars 1937 pour le recrutement d'un médecin adjoint à l'hôpital de Constantine. Liste d'inscription close le 16 janvier 1937.

Distinctions honorifiques

Citations à l'ordre de l'armée navale. — *Docteur Charcot* : avait longtemps commandé lui-même le « Pourquoi-Pas? » comme officier de marine de réserve, jusqu'au jour, où, atteint par la limite d'âge, il n'avait plus eu qualité pour le faire. Etait embarqué comme chef de mission. Excellent marin, rompu aux manœuvres de mauvais temps ; était aimé et admiré de ses hommes. Dans la nuit du naufrage, n'a pas quitté la passerelle, donnant à tous l'exemple du calme, du sang-froid et de la vigilance.

Parmi le personnel civil de la mission : Docteur Parat, naturaliste ; a donné un bel exemple de grandeur morale au cours des évènements qui ont conduit le Pourquoi-Pas? » à sa perte. Glorieusement englouti, avec ce bâtiment, le 15 septembre 1936.

Service de santé militaire

Nominations. — Sont nommés professeurs agrégés du Val-de-Grâce :

Section de médecine : M. Hamon, médecin des hôpitaux militaires de l'hôpital militaire Legouest, à Metz, affecté à l'Ecole d'application du Service de santé militaire (chaire de neuro-psychiatrie, médecine légale, législation, administration et service de santé militaire, déontologie).

M. Aujaleu, médecin des hôpitaux militaires, du centre d'examen du personnel navigant de l'aéronautique, affecté à l'Ecole d'application du Service de santé militaire (chaire des maladies et épidémies des armées et de bactériologie).

M. Sohier, médecin des hôpitaux militaires du 22e bataillon d'ouvriers d'artillerie, affecté à l'Ecole d'application du Service de santé militaire (chaire des maladies et épidémies des armées et de bactériologie).

Section de pharmacie : M. Grillon, affecté à l'Ecole d'application du Service de santé militaire (chaire de chimie appliquée à la biologie et aux expertises de l'armée).

Sanatoriums publics

M. Reumaux, médecin directeur du sanatorium public de Saint-Sever (Calvados), a été nommé médecin directeur du sanatorium public de la Guiche (Saône-et-Loire)

Asiles publics d'aliénés

Le 30 janvier 1937, à 9 heures, il sera ouvert à l'asile d'aliénés d'Aix-Provence (Bouches-du-Rhône) un concours pour la nomination de deux internes en médecine. Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat des asiles, tous les jours non fériés, de 14 à 16 heures. Il sera clos le 10 janvier 1937 à 16 heures.

Les internes reçoivent : le logement, le chauffage, l'éclairage, le blanchissage et la nourriture, ainsi qu'un traitement annuel de 9.700 francs.

Vacances de postes

M le Dr M. Sureau, secrétaire général de la Commission spéciale de classement des médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires (loi du 12 août 1933) communique la vacance des postes suivants :

Médecin du lycée de garçons de Rodez.

Médecin du lycée de garçons de Metz.

DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Médecin du lycée de garçons de Grenoble.
Médecin-adjoint du lycée de garçons de Grenoble.

Académie des sciences morales et politiques

Section de législation et d'économie politique réunies. — Sujet proposé pour le prix Jules Lefort (900 fr.) 1940. « Du rôle de la mutualité et des assurances sociales ».

Commission d'étude des accidents d'anesthésie

La Société française d'anesthésie a crée une Commission permanente chargée d'étudier les accidents d'anesthésic qui lui seront soumis et d'arbitrer les questions litigieuses, d'un point de vue purement scientifique.

Cette Commission est composée du Bureau de la Société, de MM. Léon Binet, D. Cordier, Ch. Flandin, E. Fourneau, F. Lemaitre, M. Sureau, M. Tiffeneau, et d'un juriste, Me Adrien Peytel.

Permanence d'anesthésistes. La Société française d'anesthésie vient de créer un service de garde d'anesthésistes, qui fonctionnera à partir du 2 janvier 1937.

En téléphonant à Trocadéro 69-87, les chirurgiens et spécialistes auront à leur disposition, jour et nuit, un anesthésiste qualifié.

Le Gérant : J.-B. BAILLIÈRE

Imp. N. Tréculт, 8, rue Danton. Paris